Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7id13293070

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

POITIERS. — IMPRIMERIE DE F.-A. SAURIN.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

N° 6.

POITIERS,
IMPRIMERIE DE F.-A. SAURIN.

1842.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

Mémoire sur les fractures de la colonne vertébrale, lu en mars 1841. — Par M. Gaillard, d.-m.

Une circonstance récente ayant appelé mon attention sur les *fractures de la colonne vertébrale*, j'ai rassemblé quelques faits de ce genre, et j'essaierai d'en tirer un petit nombre de conclusions générales. Ma mémoire m'aurait encore fourni trois ou quatre accidents semblables, mais avec trop peu de détails pour qu'il fût possible d'en tirer parti.

Fracture de la 6e vertèbre cervicale.—Mort au bout de quelques heures.

Obs. I. — Le 20 mai 1825, un homme de 40 ans tombe du 2e étage; on l'apporte à l'hôpital, il est saigné le soir et le lendemain. — 21 mai, la jambe gauche est fracturée, les téguments de la partie supérieure droite du crâne largement déchirés; les extrémités inférieures ont perdu la sensibilité et le mouvement, les supérieures sont affectées de la même manière, mais à un moindre degré; la respiration est laborieuse; il existe sur tout le

corps une teinte ictérique ; quelques vomissements. Le ventre est dur et ballonné, il y a rétention d'urine.

Nouvelle saignée, lotions froides sur la tête. — Mort le soir.

Autopsie. — Le crâne n'est point fracturé. La colonne vertébrale est fracturée à la sixième vertèbre cervicale. Le foie est sans altération.

Fracture de la 5e vertèbre cervicale par flexion violente.—Contusion de la moelle.—Ramollissement.—Mort après 48 heures.

Obs. II. — Le 31 août 1827, nous recevons à l'hôpital Beaujon un ouvrier qui vient de tomber d'un acacia. La chute a été d'autant plus forte, que cet homme, ayant perdu dans un autre accident plusieurs doigts de chaque main, n'a pu se retenir aux branches.

La face postérieure du tronc a été violemment contuse ; les extrémités inférieures et tout le tronc jusqu'à la partie supérieure du thorax, le rectum et la vessie sont paralysés. Il y a perte du sentiment et du mouvement ; les mouvements que l'on fait exercer à la tête sont très-douloureux et déterminent une crépitation sourde. Saignées copieuses.

1er septembre, douleurs aiguës, ayant leur siége dans la partie moyenne de chaque bras. Quatre ventouses scarifiées entre les épaules.

2 septembre, mêmes symptômes ; le soir la dyspnée augmente. Mort 48 heures après la chute.

Autopsie. — L'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale est fracturée dans son union avec les lames des vertèbres ; en l'enlevant on met à découvert le canal vertébral ; autour d'elle existe une large ecchymose.

Ouvrant ensuite le canal vertébral, sa surface interne, celle de la moelle, la dure-mère et l'arachnoïde sont saines. Il existe seulement à la face antérieure du canal une saillie d'environ trois millimètres, lisse, recouverte par les ligaments, formée par le corps de la cinquième vertèbre cervicale qui a été fracturé et sans doute ployé violemment dans la flexion forcée qu'a subie la région cervicale au moment de la chute. Le cordon médullaire, bien que sain à sa surface, offre cependant vis-à-vis le point fracturé un renflement volumineux. On incise le cordon médullaire, et l'on trouve au centre du renflement un noyau gros comme une petite noix de substance médullaire ecchymosée et très-ramollie. La lame médullaire qui se trouve en arrière de ce noyau est colorée en rouge par une injection vasculaire. *La portion médullaire qui est en avant* se trouve correspondre directement à la saillie formée par le corps de la vertèbre fracturée. Cette portion est réduite en un putrilage d'un rouge livide ; cette altération existe dans l'étendue de deux centimètres; elle semble due à une pression directe exercée par le corps de la vertèbre fracturée. Nous trouvons dans cette observation la contusion de la moelle épinière portée au plus haut degré.

Fracture de la dixième vertèbre dorsale. — Déviation considérable. — Mort.

Obs. III. — Au n° 18 de la salle St-Philippe, se trouve un malade atteint de paralysie des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie, résultant d'une chute sur le dos. En parcourant la face postérieure de la colonne vertébrale, on trouve au bas de la région dorsale une saillie

angulaire entourée d'un engorgement considérable des parties molles. Au bout d'une quinzaine (1er février 1825), les urines sont déjà fétides et chargées de mucosités; une fièvre continuelle s'empare du malade : il ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — La colonne vertébrale présente en arrière une saillie angulaire entourée d'un épanchement sanguin. L'apophyse épineuse de la 10e vertèbre du dos, les apophyses transverses de la même vertèbre et son corps sont fracturés. Le canal vertébral est rempli de sérosité. A l'endroit de la fracture, les deux fragments de la 10e vertèbre sont déviés suivant leur direction, et font par suite dans le canal vertébral une saillie angulaire qui diminue presque de moitié le calibre de ce conduit; la moelle épinière est comprimée par ces fragments, et ramollie dans le point qui se trouve en contact avec eux.

Chute. — Luxation de la douzième vertèbre dorsale. — Fracture des apophyses. — Mort le 18e jour.

Obs. IV. — 15 avril 1825, on amène à l'hôpital un jeune homme vigoureux qui, à la suite d'une chute d'environ 20 pieds, est atteint d'une paralysie des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie; une saillie angulaire se montre vers les dernières dorsales. Saignées.

16, M. *Sanson* s'aperçoit qu'en couchant le malade sur le ventre, on fait disparaître presque complétement la saillie de la colonne vertébrale; il engage le malade à garder habituellement cette position. Saignées, sangsues, ventouses.

18, le malade garde toujours la même position; il éprouve le besoin d'évacuer les matières fécales, et quelques fourmillements dans les membres inférieurs.

19, les extrémités inférieures semblent reprendre un peu de sensibilité; peut-être est-ce un effet de l'irritation de la moelle. Liniment ammoniacal.

24, 25, vésicatoires volants sur le dos, les fesses et les cuisses.

30, malgré ces moyens, le malade s'affaiblit; il n'a pu conserver la position qu'on lui avait conseillée; des escharres se forment au sacrum, la respiration devient difficile, délire violent; mort le 3 mai.

Autopsie. — Epaississement de la pie-mère cérébrale et spinale; séparation de la substance inter-articulaire des onzième et douzième dorsale, rupture des apophyses transverses et articulaires de ces vertèbres; elles font à l'intérieur du canal vertébral une saillie que l'on fait en partie disparaître en tirant en sens contraire les membres supérieurs et inférieurs du cadavre, surtout en appuyant sur les épines vertébrales, et la poitrine portant à faux.

Les décollements de ce genre, que l'on pourrait assez exactement assimiler aux *luxations*, sont fort rares, et je n'en connais pas d'exemple.

Fracture de la colonne vertébrale. — Résultat d'une chute sur les pieds. — Paraplégie. — Mort le 54e jour.

Obs. V. — M..., âgé de 50 ans, homme d'une constitution athlétique, tombe d'un second étage le 13 octobre 1840. Son fils, qui a éprouvé le même accident, assure qu'il a observé M... dans sa chute, que ce malheureux est tombé roide sur ses pieds et s'est renversé après.

On constate immédiatement une fracture du sternum, une paralysie des membres inférieurs, une légère déformation de l'apophyse épineuse de la 10e vertèbre dorsale : cette apophyse semble un peu proéminente et légèrement

déviée à droite ; elle est douloureuse à la pression, phénomène qui n'existe pas pour les apophyses épineuses placées au dessus et au dessous. Deux copieuses saignées, deux applications de sangsues. Les jours suivants, purgatifs répétés, vésicatoires aux jambes, sondes à demeure.

Décubitus dorsal obligé.

29 octobre, nulle amélioration, la paralysie est toujours la même, râle trachéal, respiration engouée.

Cinq centig. d'extrait de noix vomique deux fois le jour.

6 novembre, l'extrait de noix vomique a produit un bon effet, la respiration est libre et facile. Le malade a éprouvé quelques fourmillements dans les membres inférieurs ; mais une escharre de deux décimètres s'est formée au sacrum, l'os est à nu. Le malade s'imagine que les pilules lui sont nuisibles, il les refuse ; je n'insiste pas à cause de la situation où se trouve le malade.

20 novembre, l'escharre suppure et s'étend; une autre s'est formée sur la saillie de la 10e vertèbre dorsale. Cette saillie est beaucoup plus prononcée que les premiers jours; il y a déviation angulaire de la colonne vertébrale ; ce point est toujours sensible à la pression.

Fièvre le soir, dégoût, langue brunâtre, amaigrissement extrême.

1er décembre, marasme ; nous remarquons que le malade ne s'est jamais plaint de douleurs dans la région vertébrale autres que celles produites par la pression sur le point fracturé. D'autre part, M... a éprouvé des douleurs abdominales très-intenses, plus vives la nuit que le jour. Lente agonie, mort le 6 décembre. Les facultés intellectuelles ont été conservées jusqu'au dernier moment.

L'autopsie n'a pu être faite.

Fracture dans la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale. — Déviation consécutive. — Compression. — Myèlite. — Relâchement des aponévroses abdominales. — Guérison.

Obs. VI. — Un jeune homme de 25 ans tombe d'un second étage sur le siége ; le 15 septembre 1826, on l'apporte à l'hôpital Beaujon, il est dans un état de prostration complète ; somnolence, paralysie du rectum et de la vessie. Saignées de bras répétées, cathétérisme, diète, etc.

Ces moyens amènent une amélioration sensible ; la stupeur disparaît, le malade se lève et marche, la vessie se contracte volontairement. Cependant, au bout de quelques jours, le malade se plaint de douleurs dans les reins; difficulté dans la progression, pincement dans les membres inférieurs. Examinant de nouveau la colonne vertébrale, on reconnaît à la partie inférieure de la région dorsale une saillie angulaire bien manifeste. On constate de plus, à la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen, deux tumeurs situées immédiatement au dessus des ligaments de Fallope ; elles sont oblongues dans le sens de ces ligaments, elles ont dix centimètres de longueur et cinq de largeur. Quand le malade est couché, ces tumeurs sont peu apparentes ; elles le deviennent bien davantage quand il est debout, et font alors une saillie d'un centimètre environ ; mais quand le malade tousse ou fait quelque effort, ces tumeurs deviennent plus tendues, plus saillantes, elles sont alors poussées en avant par les viscères abdominaux. Ces tumeurs sont dues à la distension subite et violente qu'ont subie les aponévroses abdominales, lorsqu'au moment de la chute l'in-

testin a été précipité sur elles ; ces toiles fibreuses n'ayant point la propriété de revenir sur elles-mêmes, sont restées dans l'état d'allongement où les avait placées cette cause. La fracture de la colonne vertébrale attire surtout l'attention du chirurgien. Quatre cautères sont placés autour de la saillie formée par la déviation ; plus tard on applique une ceinture élastique soutenant deux pelottes qui comprennent les points relâchés de la paroi abdominale.

Ce traitement est suivi d'un bon résultat ; les phénomènes dus à la lésion de la moelle épinière se dissipent, et le malade sort guéri au bout de quelques semaines.

Fracture de la colonne vertébrale. — Déviation consécutive. — Guérison.

Obs. VII. — Un fait analogue au précédent s'est offert à mon observation. Mme B. tombe dans une cave de sept mètres de profondeur ; une douleur vive dans la région lombaire sans aucune déviation apparente, une certaine faiblesse dans le membre inférieur gauche, sont les seuls résultats de cet accident, que l'on traite par le repos, les saignées, etc. Au bout de deux mois, lorsque la malade commence à marcher, on reconnaît que sa taille, très-bien prise, s'est altérée dans sa partie inférieure ; une saillie anormale, une torsion de la 2e lombaire, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fracture.

Commotion de la moelle épinière. — Myèlite consécutive. — Guérison.

Obs. VIII. — 24 mars 1826, un jeune homme âgé de 27 ans est tombé il y a un mois de vingt mètres de hauteur sur la plante des pieds. Au moment même il a éprouvé

de vives douleurs dans tout le corps. On lui a fait appliquer 40 sangsues au siége. Huit jours après l'accident, il s'aperçoit d'une grande faiblesse avec engourdissement, douleurs sourdes et vagues dans la moitié gauche du corps. Ces accidents vont en s'aggravant ; le jour de son entrée, la marche est devenue vacillante, la région dorsale est douloureuse, cependant l'excrétion des urines et des matières fécales se fait régulièrement.

Repos au lit, diète, quatre ventouses scarifiées sur les côtés de la colonne vertébrale.

26 mars, mieux sensible, la force revient dans les membres engourdis.

1er avril, moxa sur le côté gauche de la colonne vertébrale.

5 avril, le mieux a continué, le bras surtout a repris son activité ; douches sulfureuses sur le membre inférieur gauche.

25 avril, le malade marche à l'aide d'une canne ; il est tremblotant, il éprouve encore quelques douleurs dans le trajet de la moelle épinière.

15 mai 1826, il sort de l'hôpital Beaujon presque entièrement guéri, 50 jours après son entrée et 80 jours après l'accident. Il a été traité par M. Marjolin.

Considérations générales.

Je me bornerai à discuter quelques points de l'histoire de ces fractures.

1° Ces fractures ne sont point fort rares, comme le dit *Boyer*.

2° Les fractures du corps des vertèbres ne sont pas constamment mortelles ; les observations VI et VII ont été caractérisées par une déviation augulaire, signe cer-

tain de la fracture du corps d'une vertèbre, cependant les malades ont guéri.

3° Il faut distinguer la déviation primitive résultant de la cause traumatique et survenant au moment de l'accident (*Obs.* II et III), de la déviation consécutive, due au poids du corps et aux efforts musculaires qui fléchissent la colonne vertébrale en avant. Cette dernière déviation est d'une nature moins grave (VI et VII).

4° Tous les auteurs ont indiqué l'action directe et locale des causes traumatiques comme déterminant les fractures de la colonne vertébrale ; je pense au contraire que ces fractures sont produites le plus souvent par une cause indirecte ou *flexion violente* et *excessive* de la colonne vertébrale en avant. Voici mes raisons :

A. La colonne vertébrale est de toutes parts protégée par les organes voisins : en avant, les viscères de la poitrine et de l'abdomen ; sur les côtés, les épaules, la cage du thorax, la saillie des hanches, la mettent à l'abri de toute action directe ; en arrière, la saillie de l'occiput, l'angle des côtes, la masse commune des muscles, des gouttières vertébrales, permettent si peu l'action d'une cause directe, que presque jamais, dans les chutes, cette région de la colonne vertébrale ne présente ni contusion, ni excoriation.

B. Si la fracture de la colonne vertébrale était déterminée par l'*action locale et directe* des corps vulnérants, agissant sur un point quelconque bien limité de la colonne vertébrale, on devrait remarquer dans ce point lésé une dépression quelconque, résultant de la percussion directe et de l'enfoncement des apophyses épineuses : au lieu de cette dépression on rencontre une saillie angulaire.

C. Au même point sur lequel aurait agi le corps vulnérant dont la surface est plus ou moins irrégulière, on constaterait toujours des plaies, des excoriations, des ecchymoses. Ces lésions sont *fort rares* et exceptionnelles.

D. L'apophyse épineuse est sous-cutanée superficielle, elle est seule exposée à l'action des corps extérieurs; elle devrait être fracturée *beaucoup plus souvent* que le corps même de la vertèbre, qui est si profondément placé. Au contraire les fractures du corps des vertèbres sont beaucoup plus fréquentes que celles des apophyses épineuses.

Il serait donc véritablement difficile de croire que les fractures de la colonne vertébrale sont produites par une cause directe. Mais d'autres motifs viennent encore appuyer l'opinion que j'ai émise.

E. Le mouvement d'extension de la colonne vertébrale est fort limité par la superposition des apophyses épineuses; ses mouvements latéraux sont empêchés par les côtes; le mouvement en avant ou de flexion est le plus facile, le plus étendu, je dirai le plus naturel ; car, dans la position ordinaire de l'homme, la colonne vertébrale présente toujours un léger degré de flexion.

F. La fracture de la colonne vertébrale se produit le plus souvent dans la région cervicale, et dans la région dorsale inférieure, parties profondément placées, mais qui sont le siége principal des mouvements de la colonne vertébrale. On sait en particulier quelles conditions anatomiques favorisent la rotation de la dixième vertèbre dorsale sur la onzième (1); au contraire, la région dorsale moyenne,

(1) L'articulation de la dixième vertèbre avec la onzième offre les caractères suivants :

Les surfaces articulaires de ses apophyses, au lieu d'être

qui est plus superficielle, plus saillante et convexe, est rarement atteinte.

G. Immédiatement après l'accident, on constate souvent en arrière une saillie angulaire qui annonce non-seulement la fracture, mais même l'écrasement du corps de la vertèbre. L'autopsie confirme ce fait anatomique; elle permet encore de reconnaître des déchirements, des ruptures qui ne peuvent résulter que d'un violent tiraillement. L'inspection du cordon médullaire permet de reconnaître aussi l'effet produit par la flexion violente de la colonne en avant. (*Obs.* II et III.)

H. Enfin, le plus souvent les malades ne peuvent pas rendre compte de leur accident. Cependant on a des faits de chutes sur les pieds suivies de fracture; il serait impossible d'expliquer ce fait anatomique par une cause directe.

Je pense donc que l'on peut expliquer ainsi ces fractures. L'homme tombe debout d'un lieu élevé; au moment où ses pieds touchent la terre, la masse de la tête et des membres supérieurs, projetée en bas avec la vitesse accélérée d'une chute, éprouve la résistance des membres inférieurs arrêtés par le sol. Il en résulte un effort violent et excessif de flexion dans la tige osseuse qui forme l'axe

aplaties de droite à gauche, placées en dedans des apophyses transverses, et fortement encastrées les unes dans les autres, comme cela a lieu pour les *sept vertèbres* placées au dessous, sont au contraire aplaties d'avant en arrière, et placées en dehors des apophyses transverses. Ces surfaces sont oblongues transversalement, et permettent des mouvements très-étendus de latéralité, tandis que les *sept* vertèbres placées au dessous ne permettent aucun mouvement de ce genre; les mouvements de flexion et d'extension sont aussi plus faciles. En outre, la 10e vertèbre ne donne pas attache à la 11e côte.

du corps ; par suite, des fractures avec écrasement du corps des vertèbres, des ruptures des ligaments et des apophyses articulaires, etc. L'effet serait le même dans le cas où le sujet tomberait sur les tubérosités sciatiques. (*Obs.* VI). — Une chute sur l'occiput, avec flexion violente en avant, produirait le même résultat. (*Obs.* II.)

Clinique de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, pendant le 1er *trimestre de* 1841. — M. Gaillard, d.-m.

Messieurs, une autre fois j'ai mis sous les yeux de la Société le compte rendu du service chirurgical de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, pendant le trimestre de janvier 1839. L'accueil favorable que vous aviez bien voulu faire à ce travail m'encourage à vous présenter une note sur le premier trimestre de 1841. Les faits recueillis dans notre service ne sont pas également intéressants, mais ils pourront vous donner un aperçu des maladies variées qui se présentent annuellement à l'Hôtel-Dieu. Je pourrai vous offrir quelques pièces anatomiques et deux desseins exécutés d'après nature par un des élèves de l'école.

Au premier janvier 1841, le service chirurgical comprenait 57 malades. Le 25 janvier il y en avait 92. Il en est entré 150 pendant le trimestre; ce qui donne, au total, un mouvement de 207.

Outre les plaies, contusions, ulcères, etc., bagage ordinaire d'un service chirurgical, nous avons eu :

1° Beaucoup d'affections de peau, eczema chronique, porrigo scutulata, lichen circumscriptus ; deux cancers de lèvres opérés avec anaplastie. Quelques essais faits avec une pommade contenant un centième d'orpiment,

nous ont fait reconnaître que ce médicament était inutile dans le traitement des ulcères vénériens, mais qu'il modifiait avantageusement les surfaces atteintes d'eczema chronique.

2° Une fistule à l'anus, qui a résisté à tous les moyens de traitement, parce qu'elle dépendait d'une phthisie tuberculeuse qui s'est réveillée plus tard en déterminant les phénomènes les plus graves et la mort du malade.

3° Des fractures de la clavicule, du col du fémur, de la jambe; une fracture incomplète des côtes; une fracture comminutive de la jambe et du radius; une luxation de l'articulation coxo-fémorale.

4° Des arthrocaces du pied du coude; deux coxalgies, l'une scrophuleuse, l'autre rhumatismale.

5° Hernie crurale étranglée.

6° Deux faits d'iritis rhumatismale; une capsulite avec fausse membrane, résultant d'un coup de poing; diverses espèces d'ophthalmies; une paralysie du nerf de la 7e paire, etc.

Lichen circumscriptus.

M. C., gendarme, entre à l'hôpital le 26 décembre 1840. Il est atteint d'une vaste éruption qui occupe presque toute la face postérieure du tronc; cette affection existe depuis un an. La surface malade est couverte de papules, petites éminences du volume d'un grain de chènevis, solides, conoïdes, d'un rouge clair, un peu écaillées à leur sommet. Au pourtour existent des papules rapprochées, formant des portions de cercle bien dessinées, qui limitent l'éruption d'une manière régulière.

Tous les jours on fait une friction avec la pommade d'orpiment; on donne à l'intérieur 4 milligrammes d'arséniate de soude.

25 février, on donne un bain de vapeur tous les deux jours.

Après une couple de mois de traitement, l'ancienne éruption n'est plus dessinée que par des taches sur la peau. Le malade est envoyé à Baréges.

Paralysie du nerf de la septième paire. — Guérison par le galvanisme.

Fremont, charron, âgé de 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 1er novembre 1840. Il est atteint d'un panaris. Le jour même de son arrivée, il est frappé d'un coup d'air sur le côté droit du visage ; à partir de ce moment, l'oreille est restée froide et le côté du visage paralysé. La moitié droite de la face est plate et sans expression ; la paupière supérieure ne se ferme qu'à moitié ; la commissure des lèvres est abaissée et incapable d'aucune contraction ; au contraire, la moitié gauche de la face est tiraillée ; la pointe de la langue s'incline à droite ; la parole est embarrassée ; le malade ne peut souffler, car sa joue se gonfle comme un voile inerte. Il n'éprouve aucune douleur de tête.

Des frictions stimulantes, plusieurs vésicatoires placés sur les parties malades, ont produit un léger amendement. Mais huit séances d'électro-puncture déterminèrent un mieux considérable. Le malade, sorti à la fin de février, revient à l'Hôtel-Dieu au mois de mars, pour nous montrer qu'il est parfaitement guéri.

Hernie crurale étranglée. — Opération. — Anatomie pathologique de la tumeur. — Guérison.

La femme Herpin, âgée de 66 ans, cachectique, épuisée

par la misère, est atteinte depuis plusieurs années d'une hernie crurale du côté gauche. Cette tumeur n'a pas été contenue, elle sortait et rentrait alternativement. Le 25 janvier 1841, sans cause connue, la tumeur ne veut plus rentrer ; la malade est prise de maux de cœur, nausées, vomissements, coliques. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu le 31 janvier ; vomissements fréquents, absence de selles ; ventre tendu, ballonné, un peu douloureux à la pression ; tumeur ovoïde, irréductible, douloureuse, située à l'anneau crural. L'opération me semble urgente ; je la propose à la malade ; elle refuse. Cataplasmes, vingt sangsues, bain tiède prolongé.

1er février, nul amendement ; la malade a vomi toute la nuit ; vaincue par la douleur, elle se décide à être opérée. Nous procédons de la manière suivante, en présence de M. Barrilleau, premier médecin de l'Hôtel-Dieu. Nous incisons verticalement : 1° la peau ; 2° le panicule graisseux sous-cutané ; 3° un feuillet cellulo-fibreux d'un gris brun arrondi en bourse ; 4° une couche graisseuse, vraie doublure du sac, de cinq millimètres d'épaisseur ; 5° une enveloppe fibreuse, plus brune, plus résistante que la première, composée elle-même de deux lames superposées ; c'est le feuillet interne du sac. A l'aspect de cette enveloppe arrondie, lisse, sillonnée de petits vaisseaux offrant une mollesse élastique, nous avons pu craindre un instant d'être arrivés à l'intestin ; mais l'examen a permis de reconnaître le feuillet du sac. A. Cette enveloppe était bosselée, la surface de l'intestin est plus lisse. B. Les vaisseaux superficiels n'offraient pas la disposition en arcades propre aux artères mésentériques. C. La surface de cette enveloppe était lamineuse ; en écartant le feuillet externe on voyait qu'elle

adhérait *partout*, au moyen d'un tissu cellulaire extensible, bien différent des fausses membranes plus ou moins gélatineuses, qui auraient pu lui être assimilées.

L'incision faite au sac nous fait pénétrer dans une cavité remplie en entier d'une matière molle, jaunâtre, tremblante; réseau filamenteux imbibé de sérosité opaline; substance intermédiaire entre la fausse membrane et le tissu cellulaire normal. Cette substance s'affaisse sous le doigt, qui reconnaît une petite anse intestinale étranglée. L'index gauche, introduit profondément, sert à guider un bistouri boutonné qui débride le ligament de Gimbernat en rasant le pubis. L'anse intestinale est d'un rose vif, on la replace facilement dans l'abdomen; j'excise une portion du sac, et je réunis les deux bords de la plaie par une suture. Le soir même, des évacuations abondantes ont eu lieu, et la malade est sortie guérie peu de jours après. Au mois de juin 1841 j'ai revu la malade; la hernie s'était reproduite, elle avait besoin d'un bandage.

L'anatomie pathologique des hernies est encore aujourd'hui un sujet de contestation. Je me suis appliqué pendant l'opération à bien isoler les parties successivement soumises au tranchant de l'instrument.

Arthrocace. — Amputation suivie d'un amendement remarquable dans la santé.

Je vous présente encore, Messieurs, le squelette d'une articulation tibio-tarsienne amputée à cause d'une arthrocace; on peut y reconnaître des lésions analogues à celles que nous avons déjà signalées, mais dans aucun de ces cas il n'existe une véritable augmentation de volume des os malades.

Une autre circonstance donne quelque intérêt à ce fait. François Renot, âgé de 31 ans, portait à la fois un engorgement de l'articulation tibio-tarsienne gauche, qui était percée de vingt ouvertures fistuleuses, et une carie du 5e métatarsien du côté droit. Son état d'épuisement et la gravité de l'affection locale réclamaient impérieusement l'amputation de la jambe, qui fut pratiquée. Par suite de l'ablation du membre malade, l'état général de ce jeune homme s'est tellement amélioré, qu'il a pu prendre les fonctions d'infirmier dans la salle civile. La maladie de l'autre pied tend évidemment à la guérison.

L'amputation de la jambe a été faite au lieu d'élection. Dans ces derniers temps, on a beaucoup préconisé l'amputation sus-malléolaire; mais les avantages de ce nouveau procédé me paraissent illusoires; il n'est pas bien sûr que les malades soient aussi solides sur leurs jambes matelassées que notre amputé sur son simple pilon. D'ailleurs, le haut prix des appareils de prothèse s'est opposé jusqu'ici à leur emploi.

Arthrocace.—Anatomie pathologique de la tumeur.

Le 3 février 1841, je pratique l'amputation du bras pour une tumeur blanche de l'articulation du coude. Le malade est sorti guéri au bout de quelques semaines. Je donne seulement l'anatomie pathologique de la tumeur.

Anatomie du bras amputé:

1° Peau pâle, lisse, tendue, percée de 22 ouvertures fistuleuses à bords décollés, bleuâtres, dentelés, percés eux-mêmes de petites ouvertures.

2° La couche graisseuse sous-cutanée endurcie par une infiltration séreuse.

3° Muscles très-pâles, amincis, agglomérés par un tissu cellulaire mollasse, épais, élastique, infiltré de sérosité qui entoure leurs fibres une à une, réunit leurs diverses portions de manière à former une masse uniforme.

4° Le tissu cellulaire circa-articulaire, les ligaments, la capsule synoviale, tous ensemble confondus en une masse presque homogène de tissus cellulo-gélatineux, tel que nous venons de le décrire. A l'intérieur de l'articulation et dans les trajets fistuleux, ce tissu prend un aspect rougeâtre semi-fongueux ; il forme l'élément principal de la tumeur ; il lui donne sa forme et sa résistance; il enveloppe et absorbe les autres parties qui disparaissent dans cette masse homogène.

5° Les cartilages ont complétement disparu.

6° Les surfaces osseuses sont inégales, érodées ; le tissu osseux offre une coloration rouge, des parcelles osseuses s'en détachent facilement ; la face postérieure et le sommet de l'olécrane, une portion de l'extrémité inférieure de l'humérus, présentent des stalactites osseuses qui hérissent leur superficie. Ces parties offrent encore des points éburnés, de grands canaux vasculaires.

Fracture de la jambe, compliquée de plaies.—Sphacèle.—Amputation.—Phlébite.—Mort.

P..., chasseur, âgé de 23 ans, d'une bonne constitution, reçoit le 2 janvier un coup de pied de cheval sur la partie antérieure de la jambe. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu. La fracture est au tiers supérieur de la jambe ; il existe une plaie de la largeur d'une pièce d'un franc ; on réduit, on

applique l'appareil de Scultet; saignée, diète... *Tous les jours suivants*, l'appareil est levé et replacé avec soin, parce que le malade, très-indocile, se livre à des mouvements désordonnés.

Cinq à six jours après l'accident, sans aucune cause appréciable, des escharres nombreuses et profondes se montrent en dehors en arrière du membre, sur tout le pied elles s'accroissent malgré les moyens employés; bientôt le sphacèle est complet.

Le 23 janvier, la gangrène est bornée, mais la fièvre hectique et l'étendue du désordre local nous obligent à amputer le membre.

Le 1er février, frisson violent, subdelirium.

Le 2, le 3, nouveaux frissons, affaiblissement.

5 février, le malade ne tousse point; il s'est plaint, pendant quelques heures seulement, d'une petite douleur sous le côté droit. La cuisse droite est doublée de volume, douloureuse au toucher; aggravation progressive. Mort le 7 au soir.

Autopsie. — La surface du moignon n'offre aucune particularité. La veine crurale dans toute son étendue est remplie d'un pus crémeux, homogène, jaunâtre, mêlé de caillots. Ces altérations existent également dans toutes ses ramifications profondes; la membrane interne est recouverte de fausses membranes adhérentes; la *gaîne* est rouge, injectée de petits vaisseaux. La veine iliaque est remplie de pus jusqu'à son union à l'hypogastrique, où la masse purulente concrète se termine brusquement par une extrémité arrondie.

Poumon gauche, quelques fausses membranes, un gros noyau de pneumonie à la base. *Poumon droit*, ta-

pissé tout entier de fausses membranes molles et épaisses.

L'articulation du genou est saine, celle de la hanche est remplie de pus.

Cette observation, du nombre de celles qui sont si pénibles pour les chirurgiens, nous offre à considérer plusieurs points importants :

1° Le sphacèle du membre, malgré les précautions prises pour l'éviter. Cet accident si grave n'est pas fort rare, la Gazette médicale nous en offre plusieurs faits. Le chirurgien qui peut avoir et donner chaque jour des nouvelles du membre fracturé, prévoir, suivre et combattre tous les accidents, se trouve déjà dans une position très-fâcheuse; que serait-ce de celui qui aurait appliqué un appareil inamovible, et trouverait au 12e ou 15e jour le membre sphacélé, sans qu'aucun signe eût pu lui faire prévoir un semblable malheur? Cette *possibilité* ne permettra jamais à un chirurgien prudent d'appliquer de prime abord un appareil inamovible sur un membre fracturé.

2° Quelques jours après l'opération, un frisson violent survenu subitement a annoncé le début de la résorption purulente. Ce signe caractéristique a été bien des fois signalé par M. Dupuytren. Je pense qu'il faut attribuer à la même cause (l'infection purulente) les frissons qui surviennent dans le cours de diverses affections continues, telles que la fièvre typhoïde, ingénieusement nommée par un de nos savants compatriotes fièvre *septico-hémique*.

3° Dans une autre circonstance, nous avons constaté aussi l'existence d'un pus concret dans les canaux veineux; nous avons de plus retrouvé la matière purulente dans le cœur droit et dans les artères pulmonaires.

Pied-équin survenu lentement à la suite de convulsions. — Section du tendon d'Achille. — Application du sabot de Venel. — Guérison complète.

M. Limousin, âgé de 27 ans, est né bien conformé. A l'âge de sept ans, après une vive frayeur, il est atteint de convulsions. Graduellement, pendant les années suivantes, les muscles du mollet gauche se rétractent et produisent un pied-équin. En 1829, la difformité, qui avait marché d'une manière très-lente, permettait encore de porter un soulier. En 1833, cette difformité était arrivée à son *maximum*, elle n'a point augmenté depuis.

Le 12 octobre 1841, la cuisse et la jambe gauche sont considérablement amaigries et font contraste avec le membre du côté opposé, qui est vigoureusement musclé. Le talon gauche est relevé de telle sorte qu'il se trouve au niveau des malléoles, et à 14 centimètres du sol: la courbure du pied est augmentée; les cinq orteils sont étendus à angle droit sur l'extrémité des os du métatarse vertical, et servent au malade de base de sustentation. Tous ces détails sont bien rendus par le *plâtre* que je mets sous vos yeux.

Le 13 octobre, je fais la section du tendon d'Achille, ce qui produit immédiatement un allongement de trois centimètres, et j'applique le sabot de Venel. Aucun accident.

Les jours suivants on augmente *l'action* du levier; le pied cède, mais le malade éprouve de vives douleurs dans toutes les articulations tiraillées.

Ces soins sont continués, on fait prendre de l'exercice. Redressement complet.

Le 23 décembre 1841, le malade sort de l'Hôtel-Dieu,

il marche avec une canne. Le talon a repris sa position normale. Le pied appuie sur *toute sa plante*, il a seulement besoin d'exercice pour reprendre ses fonctions normales.

Un second plâtre, comparé au premier, montre les résultats obtenus.

Figures lithographiées.

Strabisme convergent opéré avec succès. — Par M. Gaillard, d.-m.

G..., dragon, âgé de 22 ans, a été atteint dans son enfance d'une plaie contuse au dessus du sourcil gauche; la cicatrice est très-apparente. De cet accideut est résulté un strabisme convergent de l'œil gauche. Dans l'état de repos, cet œil se cache dans l'angle interne; mais si le malade fait un effort pour obtenir une meilleure direction du globe oculaire, il redresse un peu l'axe visuel, la vue est troublée et gênée par cette déviation.

Le 18 avril 1841, le malade étant convenablement placé, la conjonctive est incisée avec des ciseaux; le tendon du droit interne, mis à nu, est soulevé par le crochet, puis *incisé*. Le malade étant atteint depuis longtemps de douleurs rhumatismales, je ne fais point de fomentations froides, on applique simplement un bandeau.

19, le malade se plaint d'un sentiment d'ivresse et de quelques tournements de tête. Calomel, 15 sangsues.

20, lotions laudanisées.

30, on a eu soin de faire exercer tous les mouvements

à l'œil opéré ; il va très-bien : la vue s'est bien améliorée depuis l'opération.

Dans les premiers jours de mai, il se forme sur la plaie une éminence plate (papule) que l'on excise. Le malade sort complétement guéri le 14 mai.

Quelques jours après, Florence Gabignon, âgée de huit ans, a subi l'opération avec des résultats aussi avantageux.

Sphacèle du pied gauche. — Amputation de la jambe. — Guérison. — Observation communiquée à la Société de Médecine de Poitiers, par M. Chévrier, *de Charroux*, 28 *décembre* 1841.

Le nommé Rogeon, âgé de 45 ans environ, d'une bonne constitution et d'une santé soutenue, habite le village de la Chauffière, commune de Savigné, canton de Civray. Dans le courant d'octobre 1840, il éprouva sans cause connue quelques douleurs à la jambe et au pied gauche ; sur l'avis d'un médecin, il fit sur les parties douloureuses des embrocations d'eau-de-vie camphrée, et appliqua un bandage roulé. Ces moyens amenèrent de l'amélioration ; mais bientôt les douleurs revinrent, on observa un peu de rougeur à la partie inférieure de la jambe, et les symptômes s'aggravaient avec rapidité. Dans les derniers jours de novembre, je fus mandé auprès du malade, que je trouvai dans l'état suivant : faiblesse générale, amaigrissement, pâleur de la face, perte d'appétit, pouls faible, défaillance, pied desséché, d'un noir foncé, couvert de nombreuses phlyctènes, laissant apercevoir un fond noir, ligne de démarcation présentant de la sup-

puration, et s'étendant en forme de cercle d'une malléole à l'autre.

Le diagnostic ne présentait aucun doute, le pied tout entier était frappé de mort; cependant, voulant faire quelques explorations, je fis une incision sur la plante du pied; la peau desséchée, parcheminée, fut d'abord divisée, puis le tissu cellulaire et l'aponévrose plantaire; il fut facile de disséquer l'abducteur du gros orteil, le court fléchisseur commun et l'abducteur du petit orteil; ces muscles avaient la couleur rosée qu'on rencontre sur le cadavre, on ne voyait de putrilage sur aucun point, tout le pied semblait dépourvu de fluides. — Je me demandai si cette affection était produite par l'âge, la mauvaise alimentation, une infection charbonneuse, la compression des principaux troncs artériels ou une altération anatomique des artères de la jambe. Pour l'âge, j'ai déjà dit que le malade n'a que quarante-cinq ans. La cause ne pouvait se trouver dans l'alimentation, car, bien que peu riche, cet homme mange du pain fait avec de la farine provenant de bons grains, et le reste de la famille jouissait d'une bonne santé. Les occupations de Rogeon sont entièrement agricoles; les animaux malades ne reçoivent jamais ses soins. Un examen attentif ne me fit découvrir sur le trajet de la crurale et de la poplitée aucune tumeur capable d'exercer la plus légère compression. Restait l'altération anatomique des artères de la jambe; cette cause me parut la seule présumable: je pensai que l'ossification des tibiales et de la péronière, en diminuant leur calibre, ne permettait qu'à une très-petite quantité de sang artériel d'arriver au pied, qui, faute d'assimilation, avait été frappé de mort.

Le sphacèle complet du pied, la ligne de démarcation

que la nature avait établie entre les parties vivantes et celles que la mort avait saisies, et l'état général des forces, ne permettaient aucune temporisation : je proposai l'amputation, qui fut acceptée ; et le 10 décembre, assisté de mes confrères les docteurs Savrin et Labroue, je pratiquai l'amputation de la jambe au lieu d'élection, l'amputation sus-malléolaire ne paraissant pas proposable.

Pendant l'opération, le malade ne fit entendre ni cris ni plaintes ; on l'eût cru indifférent à ce qui se passait. Cependant, la jambe étant enlevée, je m'occupai de la ligature des artères, moyen que je préfère à la torsion, surtout alors que le malade était éloigné de moi ; mais, au lieu de trois artères d'un certain calibre, je ne pus découvrir que trois petites artérioles dures, friables, et difficiles à saisir avec la pince : par précaution je fis desserrer le tourniquet, et les artérioles seules donnèrent un jet de sang capillaire; du canal médullaire sortait aussi en nappe une certaine quantité de sang. Après la ligature des artérioles, un petit morceau de cire ramollie fut introduit dans le canal médullaire, et l'appareil des amputations fut appliqué. Le 13, le malade était bien, il n'y avait pas eu de réaction fébrile appréciable. La plaie donnait un pus de bonne qualité. Le 16, il existait sur la partie antérieure du moignon une escarre de la forme et de l'étendue d'une pièce d'un franc. Dans les pansements suivants, la peau se détacha ; la lame externe du tibia, frappée de nécrose et divisée en plusieurs pièces, fut entraînée par la suppuration, et, après la chute des ligatures, la sortie du morceau de cire, des bourgeons se développèrent sur la partie nécrosée du tibia ; la plaie marcha vers la cicatrisation, qui fut complète dans les derniers jours de mars 1831. Depuis ce temps, Rogeon, habitué à l'usage d'une

jambe de bois, se livre presque aussi bien que par le passé à ses occupations ordinaires.

Note sur la thérapeutique du croup. — Par M. Bonnet, d.-m.

Relation de quelques cas de trachéotomie. — Deux guérisons présentées à la Société de médecine de Poitiers.

De toutes les maladies qui sévissent dans le jeune âge, et parfois aussi dans l'âge adulte, la plus rapide, la plus effrayante, celle qui exige de la part de l'homme de l'art le plus de persévérance et d'habileté dans le choix des moyens à lui opposer, c'est sans contredit le croup. Cette maladie a régné et règne encore au milieu de nous si fréquemment; les médecins, dans la ville et dans ses environs, ont eu à la soigner si souvent cette année, qu'elle a fixé l'attention de la Société de médecine, et que plusieurs d'entre ses membres ont eu à l'en entretenir plusieurs fois. Elle a fait périr un assez grand nombre d'enfants, quelques-uns ont survécu.

En tenant compte des lésions observées après la mort, dans les deux autopsies qu'il m'a été donné d'en faire depuis peu, dans les organes qui sont le siége de la maladie; de l'état des organes digestifs chez ceux qui avaient été soumis à l'action répétée des vomitifs, et que j'ai *toujours* trouvés *sains;* en rapprochant les guérisons qui ont eu lieu de la médication qui a été mise en usage par d'autres confrères et par moi cette année, et de celle plus spécialement suivie dans les années précédentes, il en est résulté

des changements dans ma thérapeutique et des réflexions que je vous soumets.

Longtemps j'ai cru, sur la foi de mes livres et les idées de nos jours, que le croup était une inflammation qui ne différait de toute autre que par la présence d'une fausse membrane, et que le traitement devait surtout être choisi dans la classe des antiphlogistiques. Depuis que l'angine couenneuse a régné épidémiquement dans nos contrées, que le croup consécutif à cet angine, ou primitif, se montre plus souvent, j'ai appris à ne pas me confier à ce mode de traitement.

La nature de la maladie nous est sans doute peu connue. Nous ignorons à quelle cause, à quelle modification dans la sécrétion, sont dues ces concrétions, ces fausses membranes qui produisent l'asphyxie. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'à chaque autopsie que j'ai faite, jamais je n'ai trouvé la membrane muqueuse des voies aériennes rouge, enflammée et gorgée de sang, ni ses vaisseaux distendus, ni ses capillaires injectés, ni épaississement dans sa texture. Après l'opération de la trachéotomie, lorsque les membranes sont enlevées par la pince ou expulsées par la toux, la muqueuse paraît à peine rosée. Si dans l'angine couenneuse, dont la nature est la même, on voit parfois, souvent même, les amygdales rouges, tuméfiées, enflammées, se couvrir de plaques couenneuses, nous avons tous vu, souvent observé aussi, de ces fausses membranes survenir dans le pharynx, les amygdales, le voile du palais, sans douleur, sans souffrance, sans injection, sans aucune trace d'inflammation en un mot. Et pour le dire en passant, cette forme n'est même pas la moins grave; car, la douleur manquant, les enfants continuent leurs jeux, et les parents, avertis quand survient le soir

de la fièvre, un changement dans la voix, un abattement, une prostration insolite, ne préviennent le médecin que quand le mal est déjà trop grand.

D'un autre côté, le traitement le plus généralement suivi aujourd'hui dans ces angines sont les cautérisations, les insufflations d'alun, etc., moyens qui, loin de calmer, de suspendre l'inflammation, devraient la faire développer. Si dans ces maladies l'inflammation n'est pas primitive, et qu'elle ne soit qu'une complication, une simple coïncidence, comme je le crois, le croup, qui n'est presque jamais que l'extension de cette fausse membrane de la gorge aux voies aériennes et de même nature qu'elle, ne doit pas plus qu'elle être considéré comme une maladie essentiellement inflammatoire.

J'ai dit qu'à l'autopsie la membrane muqueuse n'était ni rouge, ni injectée, ni épaissie, et que quand on pouvait l'explorer pendant l'opération, on n'y reconnaissait non plus ces altérations. Les autres caractères de l'inflammation, la douleur et la chaleur dans le croup, ne seraient-ils pas le résultat de la gêne des voies aériennes, produite par la fausse membrane, plutôt que celui de l'inflammation? Quand l'air n'arrive plus qu'incomplétement au poumon et que son volume diminue toujours, la circulation est plus gênée; l'hématose se faisant mal, le sang stagne dans les tissus, qui s'engorgent, s'injectent mécaniquement; de là le gonflement du cou et de la face. Les quintes de toux que provoquent ces fausses membranes irritent les voies respiratoires, et y causent de la gêne et de la douleur, qui font que les enfants essaient d'arracher l'obstacle avec leurs mains, en les portant à leur cou. Tous ces symptômes ne sont pas dus à une inflammation productrice de la maladie, mais bien à la cause mécanique.

Ainsi l'analogie, le symptôme, le traitement, me portent à dire que le croup n'est pas le produit d'une inflammation.

S'il en est ainsi, les antiphlogistiques ne devront point faire la base du traitement. Chez un adulte, quand le pouls sera fort et plein, une saignée du bras sera souvent indiquée; mais chez les enfants, il est plus rationnel de s'abstenir des saignées ou des sangsues, parce qu'elles ne s'adressent point à la nature du mal qu'elles sont impuissantes à enrayer. Tout au plus pourraient-elles agir localement en dégorgeant les vaisseaux capillaires que la gêne de la circulation tient engorgés. Poussées trop loin, et chez les enfants il est difficile d'en modérer l'écoulement et d'en apprécier les effets sur l'économie en général, elles brisent les forces, jettent dans une débilité qui ne permet plus de réaction, et, si plus tard la trachéotomie devient utile, l'enfant n'a plus assez d'énergie pour expulser par la plaie les débris de fausse membrane, ou les mucosités des voies aériennes; de sorte que, presque toujours inutiles contre le mal, les sangsues diminuent encore les chances de succès de la trachéotomie, opération qui doit entrer de plus en plus dans le traitement de cette maladie. C'est donc à un autre ordre de moyens qu'il faut s'adresser. En premier lieu il faut placer les vomitifs, et choisir ceux qui ont le plus d'action. Les autopsies m'ont prouvé que l'estomac ne conserve aucune trace de leurs effets, quand avant leur administration il était sain. Le tartre stibié et l'ipécacuanha, le premier à la dose de quinze à vingt-cinq centigr. dans cent quarante grammes d'eau, le second à la dose d'un gramme combiné avec le premier, ou seul, provoquent de fréquents vomissements. Quand ils ont cessé, il est indispensable

d'en reprendre l'usage après quatre ou cinq heures de suspension des vomissements et de repos. Il importe de ne pas s'arrêter et de continuer ainsi plusieurs jours de suite. La seconde observation peut montrer jusqu'à quel point on peut le porter, et quels bienfaits on est en droit d'en attendre, car le troisième jour au matin, j'avais décidé que le soir très-probablement la malade serait opérée ; la continuation des vomitifs et le mieux qui en résulta me décidèrent à attendre, et l'enfant est guérie. Je dois prévenir qu'aussitôt que les vomissements sont suspendus, il y a une amélioration dans la toux ; que les sifflements et tous les phénomènes d'asphyxie se dissipent : eh bien! alors même, il ne faut pas s'arrêter, et après quelques heures on doit reprendre de nouveau les vomitifs. Il n'y a que quand la toux est assez modifiée pour se rapprocher de la toux ordinaire, que quand elle est grasse, humide, que l'expectoration se rapproche du catarrhe, que l'on peut les suspendre. Mais alors je ne saurais trop engager le médecin à surveiller l'enfant avec beaucoup de soin ; car j'ai vu le lendemain ou quelques jours après la toux et les phénomènes reparaître, et l'enfant succomber à la réapparition de nouveaux symptômes, lorsque les parents regardaient le succès comme assuré. Quelle déception ! et que ne doit pas faire le médecin pour ne pas se laisser surprendre! Tout en suspendant les vomitifs, il faudra encore continuer les moyens moins actifs dont je vais parler. Mais auparavant je dois dire que la toux croupale est loin de ressembler toujours *au cri d'un jeune coq, ou à l'aboiement d'un petit chien, etc., etc.*, auxquels on l'a comparée. Ces caractères, je les ai recherchés souvent en vain, la toux s'en éloignait plus ou moins; et cependant, soit dans les matières vomies, soit après

l'opération, dans ces cas-là même, des fausses membranes étaient rendues, expulsées. Ainsi ces caractères de la toux croupale si bien décrits dans les livres sont loin de se retrouver tels au lit du malade, et peuvent faire douter de la nature de la maladie. On conçoit quelle funeste conséquence pourrait avoir une méprise qui entraînerait de la temporisation dans une maladie si souvent mortelle; tout le succès dépend de la médication mise en usage au début même, aux premiers symptômes qui apparaissent.

Les vomitifs seront aidés dans leur action par les frictions mercurielles sur les côtés du cou, faites trois fois le jour, à la dose de quatre grammes et plus chaque fois. En favorisant l'afflux des fluides et la sécrétion bronchique, elles serviront à détacher les couennes.

Le calomélas à l'intérieur, et surtout la poudre de sulfate d'alumine et de potasse, l'alun, à la dose de soixante centigrammes et plus à l'intérieur, en pilules de dix centigrammes prises toutes les trois heures et continuées chaque jour, seront aussi d'une grande utilité. Les gargarismes souvent répétés avec l'alun. Non-seulement ces moyens seront propres à prévenir la salivation en raffermissant le tissu des gencives, mais, comme je le crois, ils ont une action qui leur est propre contre les fausses membranes.

Les larges vésicatoires sur le sternum de préférence, ou sur les extrémités inférieures, seront des révulsifs utiles. Il résulte des autopsies qui ont été faites à l'hôpital des enfants à Paris, et de celles que j'ai faites moi-même cette année, après l'opération de la trachéotomie, que souvent on ne trouvait ni débris de fausses membranes, ni lésion dans les organes qui pût rendre compte

de la mort, si ce n'était des mucosités bronchiques en plus ou moins grande abondance. Dans ces cas un révulsif puissant, un large vésicatoire sur le sternum aurait pu diminuer cette sécrétion et favoriser la guérison lorsque les fausses membranes avaient disparu. Dans tous les cas ce moyen ne doit jamais être employé au début; mais plus tard, avant l'opération comme après, il peut être d'un grand secours.

Quand enfin malgré l'emploi simultané, persévérant et sans relâche de ces moyens, car il faut y revenir sans cesse, sans se fatiguer de combattre une maladie si grave, qui fait périr tant d'enfants; quand les symptômes loin de céder s'aggravent, que les phénomènes d'asphyxie augmentent, il faut alors se décider à la trachéotomie; ressource trop souvent inutile, mais aussi qui parfois est suivie de succès. (Voir la 3e et la 4e observation de ces notes.) Devant un danger si pressant, en présence d'une mort qui va arriver dans quelques heures, le médecin ne doit plus temporiser, il faut opérer. Un si grand nombre de faits ont justifié cette opération, qu'aujourd'hui ce serait commettre une faute que de ne pas la tenter dans cette période extrême du croup.

Avant de passer aux soins que les suites de cette opération exigent, je dois dire que quand le médecin a été assez heureux, ce qui est souvent trop rare, par la médication énergique que je viens de décrire et que je ne peux trop recommander, pour suspendre et arrêter les symptômes, et que le malade semble guéri, il faut encore prévenir les parents d'une rechute possible et les engager à veiller. Etant interne à l'hôpital St-Antoine, j'ai donné des soins à un enfant de l'hôpital des Orphelins atteint du croup. A cette époque, 1830, il n'était pas question de

trachéotomie. Le médecin, M. *Kapeler*, le fit vomir, et l'enfant sembla guéri. Tous les symptômes s'étaient dissipés, la voix seule était enrouée ; il avait quitté l'infirmerie. Quinze jours après, les symptômes reparurent tout à coup, et l'enfant périt. A l'autopsie que j'ai faite, il y avait des fausses membranes dans les voies aériennes.

Pour me résumer, point de sangsues, ou du moins très-rarement ; des vomitifs répétés deux fois le jour tant que les symptômes persistent ; les frictions mercurielles, le calomélas et l'alun en poudre et en insufflation ; les vésicatoires sur le sternum, les sinapismes sur les pieds, les lavements purgatifs, et enfin la trachéotomie : voilà les moyens qui seuls peuvent arrêter une si grave maladie.

1re OBSERVATION. — Croup. — Intermittence. — Débris de fausses membranes. — Vomitifs. — Guérison.

Le 25 mai 1840 je fus appelé à trente kilomètres de Poitiers, pour donner des soins à un enfant atteint de croup. Depuis longtemps il régnait dans la contrée des angines couenneuses.

Antécédents. — Depuis huit à dix jours, cet enfant âgé de trois ans, fort, vigoureux et bien développé, s'était enrhumé par suite des variations de la température, qui, à zéro et au-dessous le matin, s'élevait dans le jour à 20° et plus. Il toussait, la voix était rauque ; mais, l'enfant continuant à jouer et à courir comme d'habitude, la mère y faisait peu d'attention. Cependant un soir la voix lui sembla plus altérée pendant la toux, et dans la nuit l'enfant devint aphone. Inquiète, elle envoya chercher le médecin voisin, qui à la toux reconnut un croup. Il fit appliquer des sangsues autour du cou qui saignèrent peu, donna une potion vomitive avec l'ipécacuanha, dont

l'enfant ne prit que deux cuillerées, fit appliquer des sinapismes et des vésicatoires aux jambes. Le lendemain l'état était plus alarmant ; le médecin fit connaître le danger à la mère, demanda une consultation, et je fus appelé.

État actuel. — Arrivé près du malade sur les quatre heures du soir, l'enfant était levé sur les genoux d'une domestique. La face était vultueuse, animée, couverte de sueur ; la respiration gênée, difficile ; la voix était voilée, il était aphone. Pendant la toux assez fréquente, la voix n'offrait pas ces intonations bien caractérisées que l'on a comparées à celles d'un jeune coq; mais parfois à la fin de l'intonation, pendant l'expiration, elle avait quelque chose qui y ressemblait; on aurait dit qu'elle était *fêlée*, ou qu'elle s'écoulait d'un tube brisé en plusieurs endroits, et dont quelques-uns vibraient irrégulièrement pendant le passage de l'air entre les fissures. Mais le plus souvent elle était rauque, ou plutôt ce n'était qu'un mélange de sons sourds, entremêlés pendant l'expiration de sons plus aigus ou plus graves s'écoulant en même temps. L'inspiration était sifflante, gênée, pouvait s'entendre de loin, et se faisait avec beaucoup d'efforts des muscles de la poitrine. Pendant ce sifflement, la tête était plus renversée en arrière et le larynx s'élevait. Il continuait pendant le sommeil, mais d'une manière moins tranchée, et était remplacé par du ronflement. La poitrine percutée était moins sonore à gauche qu'à droite. A l'auscultation, on entendait dans la trachée l'air roulant avec bruit, si je puis m'exprimer ainsi ; et comme la respiration était anxieuse, tantôt l'air s'arrêtait dans les grosses bronches, tantôt il pénétrait plus profondément et par saccades, sans permettre d'apprécier l'expansion pulmonaire, que

les criailleries et l'impatience de l'enfant auraient dû dans tous les cas troubler. Elle m'a semblé, du reste, se faire assez complétement. La voix voilée et éteinte n'a pu être appréciée ; le pouls était très-irrégulier, comme la respiration elle-même, mais plein et fréquent.

Quelques-uns des accès de toux étaient suffocants, et alors la face de l'enfant devenait d'un rouge bleu livide qui faisait place à la pâleur quand elle était passée. Le malade n'avait pris que deux cuillerées de la potion vomitive donnée par mon confrère, qui avait provoqué un effort de vomissement. Au moment où j'arrivai, il venait de rendre, après de grands efforts de toux, un débris de fausse membrane, long de plus de 3 cent., large de 9 millimètres, irrégulier, d'un blanc mat, mais légèrement rosé d'un côté et plus mou à une de ses extrémités ; déployé, il me fut facile de reconnaître sa face adhérente, à ce qu'elle était chagrinée, réticulée, comme si on l'eût pressé sur cette face avec un morceau de toile dont il aurait conservé l'empreinte. L'autre face était lisse, unie. Il était résistant, et il fallait tirer assez fort en deux sens opposés pour le déchirer, sinon il revenait sur lui-même ; il ne présentait aucune trace d'organisation, ressemblait à des couches de colle de gélatine appliquées les unes sur les autres. Il avait 3 millim. d'épaisseur dans certains points. La toux se terminait par une expectoration abondante, muqueuse et épaisse. Depuis longtemps les fièvres intermittentes régnaient dans la contrée; l'enfant les avait eues l'hiver passé: on me dit que le matin il était mieux, et que chaque jour sur les deux heures il était plus fatigué, plus malade, sans qu'il y eût de frissons marqués ; qu'il fallait le couvrir, et qu'il suait un peu le soir; que la nuit était le plus souvent assez tranquille, la toux plus rare, le sommeil assez calme.

Prenant en considération cet état qui me parut intermittent, quoique la toux croupale existât toujours, je fis prendre cinq grains de sulfate de quinine dans un quart de lavement, je fis prendre sur-le-champ un grain de tartre stibié dans un demi-verre d'eau pour exciter des vomissements; ce qui eut lieu, et dans la soirée une seconde fausse membrane moins bien caractérisée que la première fut expulsée. La nuit fut assez calme, il y eut du sommeil; mais la toux offrait toujours le même caractère, la voix était nulle, et il fallait être près de l'enfant pour l'entendre parler; il y eut une selle liquide.

Le lendemain 26, cinq centigrammes de tartre stibié au matin; quart de lavement qui fut gardé une demi-heure, de vingt centigrammes de sulfate de quinine; onction sur le devant du cou avec l'onguent napolitain.

Six sangsues furent appliquées au devant du cou et saignèrent beaucoup. Le sang était noir, épais comme dans l'asphyxie lente, et non glaireux comme celui rendu par des sangsues. La gorge ne présentait aucune trace de fausse membrane; mais elle était rouge, ainsi que le voile du palais; les amygdales étaient tuméfiées. J'insufflai à plusieurs reprises dans le jour de l'alun en poudre dans la gorge. La journée se passa comme les précédentes; l'accès intermittent fut moins marqué vers le milieu du jour; mais dans la soirée, vers neuf à dix heures, les symptômes de suffocation augmentèrent de manière à faire craindre que les fausses membranes ne se fussent reproduites, et à donner des craintes prochaines pour les jours de l'enfant. De nouveau je donnai cinq centigrammes de tartre stibié qui déterminèrent des vomituritions et une expectoration muqueuse filante, tenace, très-abondante. L'enfant dormit toute la nuit, et ce ne fut qu'au matin

qu'il fut éveillé par la toux, qui parut avoir un caractère moins tranché, ou du moins on n'y remarquait plus aussi souvent ce qui la rapprochait imparfaitement du cri du jeune coq; deux selles liquides. Le 27, la même médication fut continuée à l'exception des sangsues; l'enfant fut plus gai dans le jour, la toux s'éloigna, il était toujours aphone; l'arrière-gorge était rouge, les amygdales tuméfiées; il redoutait les insufflations d'alun; ce qu'il y avait d'intermittent manqua dans la soirée, qui fut plus calme que la précédente, quoique cependant il fût plus fatigué que le reste du jour, et que les symptômes nous apprissent que la maladie n'avait pas disparu malgré l'amélioration. J'excitai encore des vomituritions par le tartre stibié. Je continuai les frictions mercurielles et les insufflations d'alun en poudre. Le 28, la soirée moins agitée fut suivie d'une nuit calme; et dans la matinée l'enfant demanda à manger, ce qu'il n'avait pas fait jusque là, et ce que je considérai comme d'un bon augure. Les accès de toux s'éloignèrent, quoique parfois quelques intonations de la voix fussent douteuses. Mais quelquefois, pendant une ou deux paroles, la voix reprenait son timbre naturel, l'aphonie cessait. Le pouls était devenu régulier, parce que la respiration, plus régulière elle-même, pénétrait plus profondément dans les bronches, quoique l'enfant ne permît qu'avec peine et en criant d'explorer les poumons, et la voix, que je n'avais pas aperçue à cause du râle muqueux, devint manifeste. Malgré le mieux sensible, je fis continuer le même traitement que les jours précédents, seulement on ne fit que des insufflations d'alun dans la gorge; et devant m'éloigner, je conseillai au médecin ordinaire de revenir sur l'emploi de ces moyens aussitôt que la plus légère crainte du retour des

accidents se manifesterait. Depuis j'ai appris que l'enfant était guéri ; seulement la toux a persisté longtemps après que toute crainte eut cessé, et la voix est restée longtemps voilée.

Je m'arrêterai un instant sur cette observation pour faire remarquer la complication intermittente qui est survenue. Cet enfant habitait une contrée où ces fièvres régnaient encore ; dans l'hiver il en avait lui-même été atteint, et, bien qu'il en fût guéri depuis longtemps, le trouble survenu dans sa santé a réveillé la disposition à cette forme de la fièvre.

Faut-il voir dans cette forme un croup véritablement intermittent analogue à ceux que *Jurine*, de Genève, dit avoir observés trois fois; ou faut-il n'y voir qu'une simple complication intermittente?

Il n'y a point de croup intermittent, comme l'a admis l'auteur précité, si par là on entend une maladie avec fausse membrane dans le larynx, qui paraît avec des symptômes intermittents pour disparaître avec eux, et revenir de nouveau avec de nouveaux accès : car, une fois que la fausse membrane est formée et que sa présence a été annoncée par les symptômes du croup, ces symptômes, la voix croupale, etc. etc., ne pourront pas se modifier tant que la fausse membrane existera, et ils se montreront chaque fois que la toux aura lieu. Aussi n'y avait-il pas à l'autopsie de fausse membrane dans l'un des trois cas rapportés par *Jurine*, et où un seul enfant a succombé. Mais il peut y avoir une fièvre intermittente qui vienne compliquer le croup. C'est ce qui a lieu chez l'enfant dont je retrace l'observation. Je me suis empressé de satisfaire à l'indication aussitôt qu'elle a été manifestée en donnant le sulfate de quinine. Cette

complication rare m'a paru devoir appeler mon attention.

Dans cette observation, des sangsues avaient été placées avant mon arrivée, et si, plus tard, j'en ai placé quelques autres en petit nombre, c'était pour condescendre au désir de mon confrère. L'enfant était, du reste, fort, vigoureux, et elles ont été inutiles. Ce n'est qu'au moment où j'ai administré des vomitifs que le mieux a commencé. Dans l'observation suivante, le danger a été plus pressant, les antiphlogistiques n'ont pas été mis en usage, et l'enfant a guéri par les vomitifs et les autres moyens indiqués plus haut.

2e OBSERVATION. — Croup débutant par le larynx. — Vomitifs. — Guérison.

Antécédents. — Pendant que je donnais des soins, le 6 mai 1842, à l'enfant atteint de croup que j'avais trachéotomisé, on me fit appeler pour voir une jeune fille dans le même hôpital, âgée de 6 ans 9 mois, habitant loin de l'opéré, et qu'elle n'avait pas vu. Cette fille, nommée Alexandrine, d'une santé qui paraît chancelante, est cependant rarement malade. Depuis plusieurs jours elle avait la grippe, qui règne fréquemment et d'une manière épidémique en ville. Elle n'avait point voulu entrer à l'infirmerie; et hier, pendant son repos, elle fut prise à midi d'accès de suffocation et de toux sourde, rauque. L'asphyxie était imminente, je fus appelé.

État actuel. — Je trouvai cette fille assise, la face rouge, livide, les veines du cou noirâtres et plus grosses que des tuyaux de plume. La respiration était sifflante, gênée; l'inspiration difficile se faisait avec de grands efforts de la poitrine. L'air entrait avec sifflement et à grand'peine dans le larynx. La poitrine était sonore et,

à gauche, presque comme dans l'emphysème. Le bruit vésiculaire ne s'entendait pas, c'était un bruit sourd entremêlé de râles aigus et sonores, graves. L'oreille, appliquée à la poitrine, percevait d'une manière très-sensible le sifflement laryngé trachéal, et le stéthoscope, placé sur le larynx, permettait de le percevoir encore mieux. L'arrière-gorge examinée, le voile du palais, les amygdales ont leur couleur naturelle, sans gonflement; cependant sur l'amygdale gauche il y a une fausse membrane jaune grisâtre de la largeur d'une large lentille. Il n'y en a pas d'autre. Pouls irrégulier. Quelques ganglions cervicaux.

La toux est rare, et pour l'entendre je lui ordonne de tousser; le son est sourd, fêlé, ne ressemble point à la voix du coq, ni à l'aboiement d'un petit chien; elle est plus grave, moins aiguë. La voix est voilée.

Dix centigrammes de tartre stibié dans trente grammes de sirop d'ipécacuanha, sinapismes aux pieds. Efforts inutiles pour vomir; deux heures après, nouvelle dose du même vomitif. Je n'ai point vu les vomissements: il y avait de la bile et des mucosités seulement, et non des lambeaux de fausses membranes.

Le 4 au matin, l'enfant a vomi plusieurs fois. Les symptômes sont beaucoup amendés. Elle a dormi. Le pouls est fréquent, régulier, plein; la voix toujours voilée, couverte; la toux toujours rare, mais rauque, sourde, fêlée; les inspirations gênées, mais le sifflement léger s'entend quand l'oreille est près de la poitrine; sonorité égale de la poitrine, bruit vésiculaire plus facile. Au milieu du jour, la face est animée, rouge, ce qui n'est pas ordinaire à la malade; le pouls a 110 pulsations: de temps à autre quelques-unes manquent, d'autres sont plus faibles.

Le sifflement du larynx est plus évident, s'entend de plus loin. L'inspiration est plus gênée, moins libre. La voix manque; la toux est rauque, fêlée, rare. Les amygdales et l'arrière-gorge sont un peu plus colorées, il n'y a plus de fausse membrane sur l'amygdale. Les signes du croup augmentent. *Quinze centigrammes de tartre stibié dans l'eau. Vésicatoire sur la poitrine. Sinapismes. Trente centigrammes d'alun à prendre en pilules.*

Le 5 mai, le vomitif a excité des vomissements, des vomituritions, qui sont suivis d'une diminution des symptômes, d'un mieux passager. Le vésicatoire a bien pris. Mais tous les accidents ont augmenté dans la nuit : en entrant dans l'appartement, on entend le sifflement de la respiration, qui est gênée, difficile, pénible. La toux est plus fréquente, aiguë parfois et véritablement croupale. L'air n'entre qu'avec peine dans la poitrine, et on entend des bruits dans le poumon analogues à ceux que produit l'air qui pénètre en sifflant par les fissures, les fentes d'une porte. Il n'y a pas de bruit vésiculaire, ni d'expansion pulmonaire. Le pouls est très-petit, irrégulier, beaucoup plus qu'hier soir. Les inspirations sont courtes, l'expiration plus longue. La face est un peu bouffie. L'arrière-gorge est un peu plus rouge, il y a de la tuméfaction. *Vingt centigrammes de tartre stibié. — Trente centigrammes d'alun en poudre et de calomélas pour faire six pilules. — Frictions sur les côtés du cou avec douze grammes d'onguent napolitain. Insufflation d'alun en poudre dans le gosier.*

Sur les deux heures, après les vomissements, l'état de l'enfant s'est amélioré, la toux était moins croupale, la respiration plus libre et moins sifflante, l'expansion pulmonaire se faisait plus librement. *Vingt centigrammes de*

tartre stibié, lavements purgatifs, nouveau vésicatoire sur le sternum, le reste ut suprà, sinapismes renouvelés toutes les trois heures la nuit.

Le 6 au matin, la malade a mieux passé la nuit, mais cependant, aussitôt que le sommeil venait, la respiration était plus sifflante, elle a eu beaucoup d'efforts de vomissement; la voix est toujours voilée, la toux est plus sourde, plus muqueuse, humide, et s'éloigne plus de celle du croup qu'hier matin; le pouls est plus relevé, la respiration plus facile, sans sifflement; l'expansion pulmonaire et le bruit vésiculaire sont revenus. *Vingt centigrammes de tartre stibié dans cent grammes d'eau, deux frictions mercurielles de huit grammes chaque sur les côtés du cou, soixante centigrammes de calomélas et de poudre d'alun à prendre par dix centigrammes toutes les deux heures séparément, lavements purgatifs de séné et de sulfate de soude, sinapismes sur les pieds.*

Le 7, cette petite fille ne prit par erreur que dix centigrammes de son vomitif, elle a été plusieurs fois à la selle sans vomir; la voix manque toujours, la toux est plus grave, plus humide, mais toujours rauque et tenant du croup; la respiration est facile, mais pendant le sommeil il y a toujours du sifflement et du ronflement. Dans le poumon il y a des râles muqueux; expectoration épaisse comme dans le catarrhe. *Vingt centigrammes de tartre stibié, frictions mercurielles sur le cou, sinapismes répétés sur les extrémités.*

Le 8, avant l'administration du vomitif, des sifflements, des symptômes inquiétants de croup s'étaient montrés, mais elle a vomi abondamment et tout a disparu; la voix est toujours voilée, la toux humide, grasse, toujours rauque et se rapprochant du croup. Pendant la

nuit et le sommeil, un peu de sifflement et de gêne dans la respiration, diarrhée dans le jour ; les vésicatoires de la poitrine suppurent ; mieux général. *Sinapismes aux extrémités, bouillons.* L'enfant maigrit. Depuis ce jour, il y a eu amendement dans les symptômes, mais la voix reste toujours voilée ; la toux rauque et sourde s'éloigne de plus en plus du caractère de celle du croup, elle est plus humide, et il y a une expectoration muqueuse épaisse comme dans le catarrhe. *Un peu d'aliments, friction mercurielle de huit grammes chaque jour, trente centigrammes de calomélas, trente centigrammes de poudre d'alun.* La convalescence s'est faite peu à peu ; mais la malade conserve une altération de la voix qui, sans doute, persistera longtemps, quoique depuis plusieurs jours l'enfant soit sortie de l'infirmerie.

Note sur sept cas de croup et une opération de trachéotomie.
— Par M. Iszenard, d.-m.

Dans un moment où l'on vient de vous entretenir du croup et des succès que l'on a obtenus par la trachéotomie, je crois opportun de vous parler de sept cas de croup qu'il m'a été donné d'observer, et d'une opération de trachéotomie que j'ai pratiquée, dans laquelle, moins heureux que mes confrères dans les deux observations qui suivent, je n'ai pas vu mes efforts couronnés de succès. Mais je crois que l'on ne doit pas se borner à publier ses succès, et qu'un praticien doit également compte à la Société des cas dans lesquels il n'a pas réussi, afin qu'ils puissent être mis en balance. C'est dans les

mois de février et de mars que j'ai observé ces sept cas de croup chez les malades confiés à mes soins ; la maladie avait débuté par une angine couenneuse.

Le premier malade était une petite fille âgée de dix-huit mois, demeurant rue de la Chaussée. Lorsque je la vis pour la première fois, elle était déjà atteinte depuis cinq jours, et avait reçu les soins d'un autre médecin qui avait fait une application de sangsues, et provoqué des vomissements à l'aide du sirop d'ipécacuanha ; il avait été obligé de s'absenter, et la petite malade était restée deux jours sans secours. Lorsque je la vis, la respiration était abdominale, et d'autant plus difficile que l'enfant était très-serrée dans ses langes. L'aphonie était complète ; des couennes existaient sur les amygdales, je les cautérisai à l'aide du nitrate d'argent, et provoquai le vomissement par le sirop d'ipécacuanha ; j'appliquai un cataplasme émollient sur le cou, et agis sur les extrémités inférieures à l'aide de cataplasmes sinapisés. Je suivis le même traitement le lendemain. Mort dans la nuit.

Pour le second enfant, petit garçon de deux ans, cousin de la première malade, habitant la même rue, dans un endroit très-humide, on réclama mes soins le second jour de la maladie ; la toux et la voix étaient croupales, la respiration gênée ; il y avait des ulcérations sur les amygdales, mais elles avaient peu d'étendue. Cautérisation, sangsues sur le trajet de la trachée-artère, vomissements provoqués par le sirop d'ipécacuanha, cataplasme émollient du cou, révulsif sur les extrémités inférieures à l'aide de cataplasmes sinapisés. Le lendemain, amélioration sensible ; la toux était encore un peu croupale, mais la respiration était beaucoup plus facile. Nouveaux vomissements par le sirop d'ipécacuanha ; ils sont au

nombre de cinq à six. Cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures. Le troisième jour l'enfant était très-bien ; la toux avait presque entièrement perdu son timbre croupal. Je crus l'enfant guéri; les fausses membranes que l'on remarquait sur les amygdales n'existaient plus. Le quatrième jour, je fus surpris de trouver l'enfant presque suffoqué; la toux avait repris son timbre croupal. J'appris que la veille l'enfant avait joué dans une cour très-humide Ce jour-là la température était froide. Je prescrivis immédiatement le sirop d'ipécacuanha. A midi, je retournai avec notre confrère et ami Orillard revoir cet enfant; nous proposâmes la trachéotomie comme unique et dernière ressource ; les parents s'y refusèrent. L'enfant n'avait pas eu de vomissements ; nous prescrivîmes cinq centigrammes de tartrate antimonié de potasse dans quatre-vingts grammes d'eau, cinq vomissements ; frictions sur la trachée avec l'onguent mercuriel double ; cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures. Cinquième jour, point d'amélioration ; nouveau vomitif ; mort dans la nuit.

Le troisième malade est une petite fille du Porteau, âgée de 18 mois. Elle toussait depuis plusieurs jours; les parents, qui ne la croyaient qu'*enrhumée*, ne m'appelaient que par simple précaution. Je n'avais pas encore pénétré dans l'appartement, que j'avais déjà acquis la triste certitude que mes soins seraient inutiles : à travers la porte j'entendais la respiration pénible, sibilante, métallique de cette enfant, que les parents croyaient peu malade parce qu'elle courait dans la chambre. Il y avait des couennes sur les amygdales ; je les cautérisai, et fis appliquer six sangsues sur la trachée-artère. Tartre stibié cinq centigrammes dans quatre-vingts grammes d'eau, à prendre par cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

Cataplasmes sinapisés plusieurs fois répétés aux extrémités inférieures; cataplasme au cou. Cinq vomissements. Le soir, frictions avec l'onguent mercuriel. Mort dans la nuit.

Le quatrième était un enfant de Montbernage, âgé de 5 ans. Depuis plusieurs jours il toussait : ses parents le croyaient *enrhumé*. Dans la nuit, la toux prit une telle intensité, que les parents me firent appeler de grand matin. Les symptômes étaient alarmants, le croup était à son dernier période. Cependant l'enfant parlait encore; mais la respiration était si pénible, que l'enfant s'accrochait aux corps voisins pour prendre un point d'appui qui lui permît de dilater davantage sa poitrine. Je pensai qu'il ne restait de ressource que la trachéotomie. Ne pouvant la pratiquer seul, je fis appeler le confrère Orillard, qui, comme moi, jugea l'opération indispensable. J'étais encouragé par le succès obtenu à Thouars par M. Belliard. Les parents consentirent à l'opération, qui leur fut présentée comme pouvant seule sauver le petit malade; mais on leur fit observer que, malgré l'opération, l'enfant avait plus de chance de succomber que de guérir. Le petit garçon fut décidé par la promesse d'un violon. Il fut mis sur un lit de plume placé sur une table disposée devant une croisée.

Avec un bistouri convexe je divisai sur la ligne médiane les parties molles qui recouvrent la partie supérieure de la trachée. Les veines, qui sur ce point se ramifient à l'infini, avaient été divisées; elles donnèrent un jet de sang abondant. Je m'empressai d'ouvrir la trachée, dont je divisai les quatre premiers anneaux. De fausses membranes furent à l'instant expulsées avec une certaine quantité de sang qui avait pénétré dans la trachée au

moment de son ouverture. L'écoulement de sang s'arrêta. Mais nous crûmes un instant que l'enfant allait succomber ; la circulation était supendue, les yeux renversés en haut. Enfin il se ranima. Nous maintenions les lèvres de la plaie écartées à l'aide d'érignes mousses. Nous plaçâmes dans la plaie un dilatateur que M. Orillard avait fait en contournant en spirale un morceau d'aiguille à tricoter un peu grosse, terminé à chaque extrémité par un crochet mousse. Cet instrument improvisé maintenait parfaitement par son élasticité les lèvres de la division de la trachée écartées. Les fausses membranes sortaient en grande quantité ; on extrayait avec de petites pinces celles qui venaient obstruer l'ouverture ; on provoquait leur séparation à l'aide d'une solution concentrée de nitrate d'argent, dont on versait quelques gouttes dans la trachée. Nous restâmes longtemps près de l'enfant ; puis les parents se chargèrent de favoriser la sortie des fausses membranes en désobstruant la plaie avec la pince, et en allant chercher dans la trachée avec un petit écouvillon fait avec une petite baguette, portant un tampon de charpie, ceux qu'ils ne pouvaient saisir avec la pince. Nous essayâmes d'insuffler un peu d'alun en poudre, nous n'y pûmes parvenir ; l'air qui sortait l'entraînait toujours. Nous versâmes dans la trachée quelques gouttes de solution concentrée d'alun. Je revis plusieurs fois l'enfant dans la journée ; la sortie des fausses membranes était considérable. Les parents ne quittaient pas l'enfant un instant ; toute la nuit ils favorisèrent l'issue des fausses membranes ; ils les avaient recueillies ; il en était sorti en abondance. L'enfant avait dormi ; l'air entrait et sortait librement par la plaie. Je revis souvent l'enfant dans la journée, qui se passa bien ; l'enfant buvait, prenait un

peu de bouillon. La seconde nuit se passa aussi très-bien. Les fausses membranes sortaient moins abondamment; mais il s'échappait une sérosité purulente qui était peu abondante. L'enfant avait parlé, disaient les parents, il avait réclamé son violon; il s'occupait de ce qui se passait autour de lui, embrassait ses parents qui étaient enchantés. Mais cette sécrétion séro-purulente, augmentant sans cesse, épuisa le malade, qui succomba le lendemain matin à 5 heures, soixante-cinq heures après l'opération.

Le cinquième malade est un petit garçon de la Cueille, âgé de deux ans. Une angine couenneuse se montra seule pendant deux jours; je la traitai par la cautérisation, les révulsifs. Au bout de deux jours apparurent la toux croupale, la difficulté extrême de respirer; les fausses membranes avaient gagné le larynx et la trachée.

Peu satisfait des résultats que j'avais obtenus des sangsues, je recourus immédiatement aux vomitifs; je donnai d'abord le sirop d'ipécacuanha pendant deux jours, de manière à avoir six à huit vomissements par jour; vésicatoires aux mollets. Le troisième jour, je donnai cinq centigram. de tartrate antimonié de potasse dans quatre-vingts grammes d'eau. Six vomissements suivis de l'expulsion de quelques fragments de fausses membranes; point d'amélioration. Le quatrième jour, je propose la trachéotomie; les parents refusent. Je prescrivis un décigramme de tartre stibié dans cent cinquante grammes d'eau, à prendre par cuillerée jusqu'à ce que l'on ait obtenu six vomissements; suspendre trois heures, et revenir à la potion jusqu'à ce que l'on ait obtenu de nouveaux vomissements. Le cinquième jour, un peu d'amélioration; l'enfant a rendu quelques fragments de fausses membranes; conti-

nuation des vomitifs, qui favorisent l'issue de nouvelles fausses membranes. Sixième jour, amélioration sensible; plus de vomitifs. L'enfant a guéri en dix jours.

Le sixième est un enfant de 4 ans, du faubourg de Rochereuil. Je fus appelé dès les premiers symptômes; il y avait angine couenneuse. Je cautérisai; je fis vomir six fois le jour; pendant deux jours j'agis sur les extrémités inférieures à l'aide de cataplasmes sinapisés, et je fus assez heureux pour obtenir la guérison de cet enfant.

Le septième, un petit garçon de deux ans, demeurant à la Cueille. On me l'apporta chez moi; il avait une angine couenneuse que je cautérisai. Il avait aussi la toux propre au croup, une respiration gênée et râlante; je prescrivis de le faire vomir six fois le jour à l'aide d'une potion stibiée; je fis appliquer des vésicatoires aux mollets. Le lendemain, pas d'amélioration; nouveaux vomissements sollicités par la même potion; cautérisation. 3e jour, même état; nouveau vomitif, de manière à obtenir huit ou dix vomissements en deux fois séparées par quatre heures de repos; cautérisation. 4e jour, un peu d'amélioration; vomitif administré de la même manière; les fausses membranes du pharynx ont disparu. 5e jour, respiration plus facile, mais toux enrouée; vomitif. 6e jour, amélioration sensible; point de vomitif, je crains de fatiguer l'estomac. 7e-8e jour, même état. 9e jour, respiration pénible, toux enrouée; nouveau vomitif. 10e jour, même état; vomitif. 11e jour, mieux, respiration plus facile, la toux n'a pas changé de caractère; je suspens le vomitif et continue à faire entretenir les vésicatoires des jambes. La respiration a perdu chaque jour de son anxiété, mais la voix et la toux sont restées enrouées pendant quelque temps. Il est maintenant tout à fait guéri.

Il résulte de ces observations que sur sept cas de croup, j'ai obtenu la guérison dans trois cas ; que sur les quatre autres, trois m'ont été confiés dans un état déjà désespéré, et que le quatrième était en voie de guérison lorsqu'il a eu une rechute provoquée par l'humidité à laquelle on l'avait laissé exposé. Dans les trois cas où j'ai été assez heureux pour réussir, je n'ai pas employé d'émissions sanguines. Je crois que si le médecin pouvait assister au début de l'inflammation, il pourrait l'arrêter par les émissions sanguines, mais que, lorsque les fausses membranes sont déjà formées, les saignées épuisent en pure perte le malade, et lui ôtent les forces nécessaires pour pouvoir vomir et faire ainsi détacher les fausses membranes.

3e OBSERVATION.

Croup. — Trachéotomie. — Guérison. — Par M. Demorineau, d.-m.

Dans la nuit du 30 au 31 janvier dernier, le docteur Orillard eut l'obligeance de visiter pour moi un enfant de 25 à 26 mois, atteint d'une toux croupale d'autant plus inquiétante que ce jeune malade avait joué les jours précédents avec un petit voisin ayant la même maladie et qui y avait succombé.

Un vomitif prescrit par mon confrère fut couronné du succès le plus complet, car le lendemain et les deux jours suivants je trouvai l'enfant dans un état satisfaisant : la gaîté était revenue, et tout devait nous rassurer sur son compte, lorsque, dans la nuit du 6 au 7 février, des accidents analogues et même plus intenses se représentèrent

brusquement. La voix était glapissante, la toux rauque, la face exprimait l'anxiété, les yeux étaient cernés, etc. Du reste, l'arrière-bouche, les amygdales, le pharynx, ne présentaient rien de particulier. — Dix centigrammes de tartre stibié dissous dans trente grammes de sirop d'ipécacuanha produisirent de nombreux vomissements. Le matin l'enfant était très-fatigué, mais n'offrait rien d'insolite ; j'ordonnai dix centigrammes de calomel à prendre de trois en trois heures. — Le 8, le mieux semble se soutenir ; pourtant je conserve une sorte d'inquiétude vague, et je conseille un emplâtre-vésicatoire entre les deux épaules ; mais il me fallut renoncer à ce moyen, tant les répugnances de la mère étaient grandes. — Le 9, la nuit a été très-mauvaise ; l'enfant est très-abattu ; la maladie semble s'être accrue d'une manière effrayante : la voix est très-altérée et presque éteinte ; la toux a ce son particulier que j'appellerais volontiers toux métallique, et qu'on a comparée à celle d'un chat qui a avalé de travers ; l'anxiété est grande, le pouls est fréquent et petit, etc.

Je ne cachai rien aux parents de la gravité du mal, et, sur le désir que je témoignai d'avoir l'avis d'un confrère, M. Orillard me fut proposé. Comme moi, il trouva le cas fort grave ; six à huit sangsues furent appliquées sur la région antérieure du cou, et le malade fut remis à l'usage du calomel, qui avait été abandonné depuis environ 48 heures. Le soir il y eut une légère rémission.

Le 10, nous trouvons que le mal a fait de nouveaux progrès ; l'anxiété est beaucoup plus grande, l'enfant ne peut plus crier ; il a eu dans la nuit et dans la matinée plusieurs accès de suffocation ; ses membres s'agitent de temps en temps d'une manière convulsive ; il ne peut pas

rester couché ; il porte avec désespoir ses mains à sa bouche et à sa gorge; les lèvres sont violacées, et, dans l'intervalle des accès, les joues sont pâles, les yeux presque éteints, etc. Enfin il nous était démontré qu'abandonné aux ressources ordinaires de la médecine ou de la nature, il ne restait plus au petit malade que quelques heures à vivre, et ce ne fut qu'en désespoir de cause que nous proposâmes la trachéotomie. Au moment de la pratiquer, je sentis que cet enfant ne m'était pas assez étranger, et je priai mon confrère de vouloir bien me suppléer dans cette circonstance; ce qu'il fit avec le sang-froid et l'adresse que nous lui connaissons tous.

Sur la ligne médiane, à partir du bord inférieur du cartilage thyroïde, une incision de près de quatre centimètres fut pratiquée à la peau ; un second coup de bistouri divisa tout le tissu cellulaire sous-jacent, et les deux muscles sterno-thyroïdiens furent mis à découvert. A l'aide de l'index de la main gauche, l'opérateur les sépara l'un de l'autre, et dans leurs interstices il plongea la pointe d'un bistouri étroit entre le troisième et le deuxième cerceau de la trachée, qu'il divisa, ainsi que le cartilage cricoïde, en procédant de bas en haut.

La quantité de sang fournie par les vaisseaux thyroïdiens fut d'abord assez grande ; mais aucune ligature ne fut nécessitée ; l'hémorragie s'arrêta d'elle-même aussitôt l'entrée de l'air dans les bronches, et le sang qui s'y était écoulé en fut promptement chassé par des mouvements précipités d'expiration.

Comme le conseille M. Trousseau, les deux branches d'une petite pince élastique en fil de fer furent introduites dans la plaie, et purent la tenir béante et donner un libre passage à l'air : cette pince était fixée assez solidement

parce que les extrémités de ses branches étaient recourbées en crochet et se fichaient dans l'épaisseur même de la trachée (1).

L'enfant fut laissé sur la table où il avait été opéré. Dans le courant de la journée, quelques lambeaux de fausses membranes furent arrachés à travers la plaie ; de temps en temps on instilla quelques gouttes d'une solution d'alun pour modifier la vitalité des parties ; plus tard l'eau aluminée fut remplacée par l'eau de guimauve, qui eut surtout l'avantage de ramollir les mucosités qui en se desséchant venaient rétrécir l'ouverture. Un aide intelligent fut placé à côté du malade, et chargé d'enlever, au moyen d'une petite éponge et d'une pince, toutes matières morbides susceptibles d'être atteintes.

Le troisième jour de l'opération, les bords de la plaie étaient gonflés et ramollis, et le soir ils se déchirèrent sous la pression de la pince, qui se détacha aussitôt. Heureusement mon collègue Orillard se trouvait auprès du malade, et il put replacer la pince en donnant à ses branches des points d'appui nouveaux. Mais dans la nuit le même accident se renouvela, et l'enfant faillit périr asphyxié. Quand j'arrivai auprès de lui, il était presque sans vie : la bouche s'entr'ouvrait par moments comme pour aspirer encore un peu d'air ; il venait d'avoir quelques convulsions ; le visage était pâle et recouvert d'une sueur froide, etc. J'avoue que ce fut sans espoir que je plongeai dans la trachée-artère des pinces à anneau, qui par l'écartement de leurs branches purent maintenir de nouveau ce conduit ouvert. Peu d'instants après,

(1) Comme on le verra en achevant la lecture de cette observation, ce moyen dilatatoire est très-défectueux, mais nous n'avions pas de canule.

il se fit une légère inspiration, puis une plus forte, et l'enfant reprit peu à peu connaissance. Pendant six heures consécutives, je tins, pour ainsi dire, son existence au bout de mes pinces. Je ne parlerai point des tentatives inutiles que j'avais faites, soit pour replacer le ressort, soit pour lui substituer un morceau de sonde. J'étais seul, car mes aides (fort instruits du reste) avaient perdu la tête, et ne pouvaient m'assister en rien. Enfin, mon confrère arriva à mon secours : nous pûmes au moyen d'un instrument fort grossier, fait avec un morceau de bois et un fil de fer, maintenir encore écartés les bords de la plaie, et nous fûmes assez heureux pour nous procurer le même jour une canule convenable, qui resta en place jusqu'au 20 février, époque à laquelle elle avait cessé d'être utile.

Je ne dois pas oublier de dire que, les 16 et 17 (6e et 7e jour de l'opération), trouvant que la maladie ne marchait pas assez vite, nous avons introduit par l'ouverture de la trachée une petite éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent, et avons cautérisé tout le larynx jusqu'à l'épiglotte (1).

(1) Notre éponge était fixée à un morceau de baleine assez fort et recourbé presque à angle droit à trois centimètres de son extrémité. Ce procédé est bien préférable à celui qui a été recommandé par un médecin dont l'opinion a coutume de faire autorité, et qui consiste à porter dans l'arrière-bouche, au moyen d'une tige également recourbée vers son extrémité, mais à angle de 30 ou 35 degrés, une éponge chargée d'une solution caustique; quand le coude de cette tige heurte le pharynx, la glotte, comme pendant l'acte de la déglutition, exécute un mouvement d'élévation ; l'opérateur doit saisir ce moment pour ramener en avant son éponge et l'exprimer sur les bords de l'épiglotte après avoir soulevé le fibro-cartilage qui la recouvre. On conçoit vite combien de semblables manœuvres seront difficiles et défectueuses, surtout chez des enfants.

Cette manœuvre n'a point été sans quelque danger ; elle a occasionné à chaque fois beaucoup de spasmes, d'anxiété et même des convulsions, et nous avons eu la crainte de voir passer l'enfant entre nos mains. — Je ne dirai point toutes les péripéties de ce drame. Il est de ces choses qui se sentent et ne peuvent s'exprimer : tout ce que je puis dire, c'est que du 10 au 18 février il y a eu lutte continuelle entre la vie et la mort (1).

La canule une fois enlevée, les bords de la plaie sont restés quelque temps écartés ; ils se sont rapprochés peu à peu d'eux-mêmes ; l'air a trouvé accès dans la poitrine par les voies naturelles, et aujourd'hui l'enfant est guéri sans fistule aucune ; seulement la cicatrice est un peu difforme, comme serait celle qui surviendrait à la suite d'une brûlure ou d'un coup de baïonnette guéri par seconde intention.

Réflexions. — Ce fait nous a paru digne d'intérêt sous plusieurs rapports : d'abord la science ne possède encore qu'un petit nombre de succès de ce genre. Cette considération seule nous eût déterminé à le porter à votre connaissance ; par là il acquiert une certaine publicité, et peut servir d'encouragement aux parents et même à beaucoup de médecins, qui, dans des cas extrêmes, se décideront à tenter cette dernière chance. Car, avant tout nous devons le déclarer, cette opération ne devra être pratiquée que quand tous les autres moyens auront échoué, quand la

(1) Sans le zèle et l'intelligence de plusieurs étudiants en médecine, et notamment de MM. Doazan, Amillet, Marty, Destrem, Beaupoil, Bouquet, Mazowieski, etc., le malade aurait peut-être succombé. Nous profitons de cette occasion pour leur offrir ici l'expression de notre gratitude ; car ces Messieurs nous ont parfaitement secondés et souvent même suppléés.

maladie en sera à sa dernière période, enfin quand il n'y aura plus rien à espérer des procédés curatifs ordinaires. A nos yeux, si trop de pusillanimité est blâmable, trop de précipitation ne l'est pas moins. Mais il n'est pas facile de tracer des limites à la temporisation en semblable occurrence: cela se sent et ne s'écrit pas. Le médecin, quand il ne pourra pas s'éclairer de l'avis d'un confrère, ne devra prendre conseil que de sa conscience, sans se préoccuper en rien des arrêts de ce juge souvent si capricieux, l'opinion publique. Toutefois nous pensons qu'en demandant le consentement des parents du malade, il devra leur faire connaître la vérité tout entière sur les chances de succès et d'insuccès.

L'opération de la trachéotomie n'est ni aussi dangereuse ni aussi difficile qu'on le croit généralement, et les accidents primitifs sont peu à craindre quand on agit avec précaution.

Il ne faut jamais perdre de vue que ce n'est qu'un moyen de traitement destiné seulement à éloigner ou détruire un des accidents de la maladie, l'asphyxie par suffocation. Il n'en est pas ici comme dans les cas de trachéotomie pour extraire un corps étranger introduit dans les voies aériennes. Dans le croup ou l'angine avec gonflement excessif de la glotte, l'ouverture de la trachée ou du larynx faite, la maladie n'en existe pas moins, et il faut qu'elle parcoure ses différentes périodes pour arriver à sa solution; aussi ce serait une grande erreur que de croire qu'il n'y a plus rien à faire.

Pour moi, quand elle ne va pas trop loin, quand le malade n'a pas été épuisé par des évacuations sanguines trop abondantes, la fièvre traumatique qui se développe à la suite de l'opération peut être de quelque avantage

pour atténuer et modifier le principe morbifique général, et changer la vitalité des parties qui fournissent ces sécrétions anormales.

Chez le sujet de cette observation, la quantité des mucosités sécrétées par les bronches et la trachée a été énorme, et il paraît que ce phénomène s'est présenté le plus constamment dans les cas du même genre: aussi fallait-il très-souvent nettoyer la canule ou déterger la plaie. Si on négligeait ce soin quelques instants, l'oreiller et la poitrine du malade étaient promptement salis, et la canule se remplissait de ces matières qui adhéraient à ses parois intérieures et l'obstruaient plus ou moins.

Les 4e et 5e jours de l'opération, les mucosités étaient d'un brun rougeâtre, couleur jus de pruneaux, comme dans certaines pneumonies de mauvais caractère : dans ce temps-là, les symptômes généraux étaient fort alarmants; la déglutition des boissons était difficile; il en passait dans le larynx.

Sans vouloir traiter en entier la question relative à l'efficacité des canules, je ne puis me dispenser d'en dire ici quelques mots.

Après la trachéotomie dans les cas de croup, l'usage de la canule ou tout autre dilatatoire est-il d'une nécessité absolue ? Les uns répondront par la négative, d'autres par l'affirmative. Une telle opposition dans les avis ne peut tenir qu'au défaut de s'entendre. Quand il s'agira d'un très-jeune enfant, chez lequel la trachée déjà ramollie par l'inflammation n'offrira que très-peu de consistance, un dilatatoire quelconque sera indispensable : chez notre petit malade, quels services nous a rendus la canule ! quelle sécurité elle nous donnait quand nous nous absentions !

Mais pesons un instant les reproches qu'on adresse

aux canules. On peut, je crois, les résumer ainsi : 1° elles irritent et gênent les parties avec lesquelles elles se trouvent en contact ; 2° elles sont promptement obstruées par les mucosités qui s'épaississent et se collent à leurs parois.

1° Ce reproche est peu sérieux en lui-même. Quand la canule a une courbure et des dimensions convenables, elle ne produit que peu de gêne et peu d'irritation ; la trachée s'accoutume assez vite au contact d'un corps poli et peu irritant de sa nature. Si nous n'avions pas des faits pour appuyer cette proposition, nous invoquerions l'analogie, qui trompe rarement en médecine (1). Les accidents inflammatoires qui surviennent assez souvent doivent être attribués moins peut-être à la présence de la canule qu'à l'action irritante de l'air qui pénètre dans la poitrine sans avoir été préalablement modifié dans sa température par son passage dans les fosses nasales et l'arrière-bouche. Aussi est-il d'une grande importance de tenir chaude et pas trop sèche l'atmosphère de l'appartement dans lequel se trouve l'opéré.

2° Quant à cette objection *que la canule est sujette à s'obstruer et devenir nuisible*, elle tombera d'elle-même, si on établit en principe qu'il faut avoir le soin de passer de temps en temps dans l'instrument un petit pinceau, une plume de pigeon par exemple, pour enlever les mu-

(1) Sans parler de la facilité avec laquelle notre petit malade a supporté sa canule, nous citerons le douanier opéré en 1824 par M. Bulliard de Besançon, chez lequel la glotte était restée entièrement fermée, et qui a porté sa canule pendant quinze mois sans cesser de faire son service. A Lyon, un vétérinaire a fait porter à un cheval une canule dans la trachée-artère pendant deux ans consécutifs.

cosités avant qu'elles se soient desséchées, et qu'il est prudent de retirer ce tube quatre à cinq fois par vingt-quatre heures pour le mieux nettoyer : dans ces cas, il est convenable d'avoir deux canules de même dimension. Les nôtres ont été faites sur le dessin de celle qu'avait adoptée le malade de M. Bulliard. De toutes les canules proposées jusqu'ici c'est à mon gré la plus convenable, parce qu'elle est très-simple, et qu'il est plus facile de se la procurer. Du reste, quand l'inflammation et le gonflement qui en est la suite sont survenus dans les lèvres de la plaie, le passage de la canule, sur laquelle la plaie s'est moulée, reste béant, et cela dès la fin du deuxième jour ; et l'on peut sans aucun danger alors retirer la canule pendant plusieurs heures, pour la replacer de nouveau pendant une ou deux heures, et la retirer encore, sans faire courir aucun danger au malade. De cette manière, les désavantages de la présence de la canule diminuent beaucoup, et le passage de l'air par la voie nouvelle n'en est pas moins libre et facile.

4e OBSERVATION.

Trachéotomie dans la période extrême du croup.—Guérison. —Par M. Béliard, de Thouars, d.-m.

1841, 19 novembre. — Le docteur Béliard nous a fait mander en toute hâte, M. Joguet et moi, à quatre heures du soir, auprès de la petite Estelle, fille du sieur Grenouillau, coutelier à Thouars.

Cette enfant, âgée de cinq ans, avait été prise subite-

ment du croup. Les antiphlogistiques, les révulsifs, les contro-stimulants avaient tour à tour été employés avec énergie et sans succès. En trois jours l'affection était parvenue à sa dernière période. Dès hier le docteur Béliard avait proposé la trachéotomie. Les parents s'y étaient refusés.

En ce moment la petite fille est sans connaissance. Un râle suffocant annonce un reste de mouvement respiratoire. La tête est renversée en arrière, le cou tendu et tuméfié, les jugulaires très-gorgées, les yeux saillants et entr'ouverts, la bouche béante, les lèvres et les ongles cyanosés, le pouls imperceptible.

Il n'y a pas de temps à perdre. Nous sommes unanimes pour tenter l'opération. La famille y consent.

Cette opération n'ayant jamais été pratiquée à Thouars, nous n'avions ni canule ni dilatateur. Nous recourbons un fil de fer en pince, et chaque bout est encore légèrement recourbé en dehors : ce sera notre dilatateur ; mais il n'a aucune élasticité, il ne fait pas ressort. Un ouvrier du voisinage se charge de nous en faire un pareil en acier pendant l'opération.

Nous plaçons la petite fille sur une table couverte d'un petit matelas et en face de la croisée. Un oreiller roulé est placé sous la nuque. M. Béliard est chargé de l'opération, M. Joguet et moi devons l'assister. Quelques minutes suffisent pour inciser les téguments, le tissu cellulaire sous-jacent et la trachée, dont les quatre premiers anneaux sont coupés avec des ciseaux. A l'instant, des quintes de toux très-violentes chassent au dehors quantité de mucosités et plusieurs lambeaux de pseudo-membranes. Le sang, qui coule abondamment, s'introduit dans les bronches ;

il est rejeté écumant et mêlé à ces produits mucoso-membraneux. En même temps l'enfant tourne les yeux vers nous et semble revenir à la vie. Deux érignes mousses sont introduites, une de chaque côté, dans la plaie, et confiées une à chacun de nous. L'ouverture est ainsi maintenue béante, et nous pouvons attendre que le dilatateur soit achevé. Dans cet intervalle la toux continue; des lambeaux et beaucoup de mucosités sanguinolentes sont rejetés au dehors; l'hémorragie s'arrête peu à peu; le pouls se relève; l'enfant reprend connaissance. Après un quart d'heure d'attente nous avons le dilatateur. M. Béliard l'introduit fermé jusqu'à la trachée, en l'abandonnant à son élasticité; il écarte assez les lèvres pour rendre inutile la présence des érignes. Nous fixons l'instrument, à l'aide de cordons, autour du cou. Nous faisons un écouvillon avec une petite baleine et un morceau d'éponge. Son introduction dans la trachée est facile. Sa présence fait beaucoup tousser et rejeter d'abondantes mucosités, dont la sortie rend chaque fois la respiration plus libre. L'enfant est lavée et changée; on la porte dans son lit. On lui donne une cuillerée de vin sucré, elle l'avale facilement et avec plaisir. Nous recommandons d'écouvillonner souvent, et nous quittons la maison à cinq heures et demie. Avant de nous séparer, nous convenons de faire confectionner une canule pour remplacer le dilatateur, dont les pointes, quoique mousses, peuvent déchirer la trachée et nous mettre dans l'embarras.

8 heures du soir. — Nous revenons à huit heures du soir auprès de la petite malade. Elle a beaucoup toussé; elle a rejeté de nouveaux lambeaux pseudo-membraneux. La respiration est assez calme dans les intervalles de la

toux. Le pouls est vif et fréquent, les lèvres rosées, la langue pâle, la physionomie bonne. L'enfant demande à boire souvent.

Le dilatateur ne s'est pas dérangé. Nous instillons à l'aide de tuyaux de plume une solution concentrée de nitrate d'argent. Une forte toux convulsive en est l'effet immédiat, avec la sortie de beaucoup de matières muco-membraneuses. Nous conseillons d'instiller d'heure en heure de l'eau de guimauve tiède, d'écouvillonner de cinq en cinq minutes, et de donner à boire peu et souvent.

20 novembre, 1er jour après l'opération. — Au milieu de la nuit la petite fille a vomi du lait que sa mère lui avait donné. Il y a eu de l'agitation. Ce matin le pouls est vif. Il y a 125 pulsations et 32 respirations par minute. La toux, souvent provoquée par l'écouvillon et aussi par une nouvelle instillation de nitrate d'argent, fait chasser au dehors de nouvelles matières. Nous n'avons pas encore la canule, mais nous pouvons attendre, le dilatateur est toujours en place; les bords de la plaie, quoique tuméfiés, sont écartés, et l'ouverture de la trachée reste béante.

21 novembre, 2e jour.—Nous avons vu plusieurs fois la petite fille dans la journée d'hier; il ne s'est rien présenté de particulier. La nuit a été agitée. Ce matin la fièvre a baissé. Il y a du calme. Le pouls est à 125, et la respiration à 32. Le dilatateur est toujours en place. Nous abandonnons le projet de placer la canule, mais nous commandons un dilatateur à peu près pareil à celui de M. Gendron.

22 novembre, 3e jour. — La journée d'hier et la nuit ont été agitées; la toux est fréquente; les matières sont

moins colorées et deviennent de plus en plus muqueuses. Ce matin l'enfant est calme, le pouls est simple, plein et moins fréquent. Il donne 105, et la respiration 27. Nous plaçons le nouveau dilatateur, qui donne à la trachée une ouverture transversale d'un centimètre. Les matières sont plus facilement chassées au dehors, et la respiration est encore plus libre.

23 novembre, 4e jour. — La fièvre a redoublé hier au soir et cédé ce matin. A notre visite, l'enfant est assez tranquille ; elle redoute l'approche de tout corps étranger au voisinage de la plaie, dont la sensibilité est extrême. On a donné hier un lavement qui a fait rendre quelques matières.

24 novembre, 5e jour. — Le dilatateur n'est plus supportable; il déchire la plaie en travers. Nous le remplaçons par une canule en plomb dont l'orifice a un cent. de diamètre. Ce changement soulage beaucoup l'enfant ; elle respire même plus librement. A chaque effort de toux elle rejette des mucosités en abondance; la fièvre et l'agitation de la nuit paraissent avoir été augmentées par l'action du dilatateur.

L'enfant boit souvent, et bien des fois l'épiglotte laisse tomber quelques gouttes de liquide dans le larynx, comme le prouvent les efforts instantanés de toux convulsive.

25 novembre, 6e jour.—Il y a du mieux notablement; la fièvre a baissé; la physionomie est bonne. Hier et ce matin on a retiré la canule pour la nettoyer; on l'a replacée facilement; elle est très-bien supportée.

26 novembre, 7e jour.—Le mieux se soutient. M. Béliard a raccourci la canule; l'air passe par le larynx; en bouchant la canule, l'enfant prononce quelques syllabes. On accorde quelques potages légers.

27 novembre, 8e jour. — État satisfaisant. On a placé une canule d'un plus petit diamètre.

28 novembre, 9e jour. — La plaie s'est beaucoup rétrécie. M. Béliard a raccourci des deux tiers la canule; elle arrive à peine à l'ouverture de la trachée, sans pénétrer en bas. L'air passe ainsi librement par les voies naturelles, qui paraissent bien dégagées. En fermant l'orifice de l'instrument, la petite fille parle distinctement. La fièvre a cessé; la langue est bonne; l'appétit se prononce. On accorde une alimentation plus solide.

30 novembre, 11e jour. — La canule a été retirée. La plaie reste béante; l'air pénètre dans les bronches par les deux voies. Apyrexie; état général satisfaisant.

4 décembre, 15e jour. — Le mieux a fait de notables progrès. La plaie s'est beaucoup rétrécie; elle n'a plus qu'un centimètre de diamètre. Les mucosités bronchiques viennent souvent l'obstruer; aussi la voix de l'enfant est-elle alternativement franche et voilée. Elle crache facilement; elle mange et boit sans s'engouer; on la tient levée une partie de la journée.

7 décembre, 18e jour. — La petite fille s'est enrhumée; elle tousse beaucoup. L'auscultation me fait constater un léger râle bronchique dans une grande partie du thorax. L'ouverture de la trachée a peu diminué; elle donne issue à beaucoup de mucosités; cependant l'enfant parle distinctement. Le rhume paraît la seule cause du retard dans la guérison. (Tisane pectorale, un looch, un vésicatoire sur le sternum.)

12 décembre, 23e jour. — La toux a beaucoup diminué; l'enfant va de mieux en mieux; la plaie est fermée. (M. Béliard fait entretenir le vésicatoire.)

18 décembre, 29e jour. — L'enfant est en pleine con-

valescence ; on a supprimé le vésicatoire de la poitrine, et on en a mis un au bras gauche. Il n'y a plus de toux ; la plaie est complétement cicatrisée.

29 décembre. — Aujourd'hui 29 décembre, j'ai vu la petite Estelle dans la rue ; elle paraît jouir d'une parfaite santé.

Aujourd'hui il n'est donc plus permis d'hésiter ; quand le croup a été combattu rationnellement, que les symptômes s'aggravent de plus en plus, que la mort est imminente, la trachéotomie doit être pratiquée. Aux cas déjà nombreux de succès obtenus par cette opération, nous pouvons joindre ceux obtenus à Thouars et à Poitiers cet hiver ; au milieu de nous l'opération a été pratiquée six fois depuis quelques années. Dans cinq cas l'opération a échoué, et nous comptons une guérison. Sans doute la proportion n'est pas grande ; mais si on tient compte de l'âge des malades, on saura que le premier que j'ai opéré n'avait pas un an, et a succombé peu de temps après ; et que le second, qui était âgé de deux ans, opéré au mois de mai dernier, a survécu cinq jours, et celui de M. Iszenard près de trois jours. Pendant ce temps, la nature de la maladie pouvait se modifier, et l'enfant revenir à la santé. Car la respiration rétablie, le passage de l'air étant redevenu libre, le médecin n'a fait que parer aux plus imminents accidents ; mais la maladie n'est pas vaincue. Une voie nouvelle est ouverte alors à la médication. Ce sont les fausses membranes, la cause qui les produit qu'il faut attaquer, détruire ; et la mort que le médecin éloigne, le temps qu'il met de son côté lui permet d'agir, lui donne

encore des armes. Chez un enfant, s'il succombe, avoir vécu quelques jours de plus est pour lui peu important. Mais, chez un adulte, cette prolongation de l'existence quelques jours de plus, de quel prix ne peut-elle pas être dans quelques cas? Les adultes succombent au croup comme les enfants, quoique plus rarement. Tous nous en avons vu des exemples dans l'épidémie d'angine couenneuse qui a régné, il y a quelques années, parmi nous. Je finirai par en rapporter un fait tout récent.

Ces réflexions sur l'indispensable nécessité de la trachéotomie me portent à me demander s'il est une époque déterminée pour la tenter? Je ne peux que répondre par la négative; et c'est, il faut bien en convenir, à l'impossibilité où est le médecin de marquer jusqu'à quel point s'étendent les fausses membranes, qu'il faut rapporter les hésitations, les retards, et trop souvent les insuccès. L'incertitude augmente encore si on se reporte à la cinquième observation de M. Iszenard, qui au quatrième jour d'un croup, traité inutilement jusque-là le plus rationnellement possible, proposa la trachéotomie, et, sur le refus des parents, n'en guérit pas moins son malade par la continuation de la médication suivie jusque-là. Il y a dans ce fait un grave enseignement qui doit nous porter à ne pas trop nous hâter, et à nous faire penser que dans les résultats si souvent heureux qui nous arrivent de Paris, toujours sortis des mêmes mains, plus d'un malade, comme celui de notre confrère, serait guéri sans elle, et a guéri peut-être malgré elle.

Il faudra opérer, 1° quand le malade n'aura pas été trop débilité par un traitement antiphlogistique, que je regarde comme presque toujours inutile, parce qu'en brisant les forces de l'enfant, il empêche l'expulsion des débris des

fausses membranes , des mucosités des bronches, et que, chez les enfants débilités, des lèvres de la plaie il s'écoule une sérosité sanguinolente pendant plusieurs heures, qui tombe dans la trachée ; causes qui mettent des chances contre le malade en favorisant l'asphyxie, ce qui ne se voit point chez les enfants robustes ou non débilités ;

2° Quand l'enfant ne sera pas trop jeune ; avant un an, il y a trop peu de chances de succès ;

3° Quand, dans un âge plus avancé, le malade ne sera pas naturellement, par constitution, trop débile; chez ceux dont les tissus mous, flasques, sont abreuvés de trop de liquides, par les motifs exposés plus haut, il y aura bien moins de chances de réussite ;

4° Enfin, quand la médication, ayant été inutile jusque-là, il n'y a pas eu de rémission dans les symptômes, que la voix croupale n'a fait qu'augmenter, que la toux n'est pas devenue plus humide, que la bouffissure de la face, les signes de l'asphyxie ne se sont ni arrêtés ni suspendus, qu'ils n'ont fait que s'accroître.

Alors le médecin devra proposer l'opération.

Sans entrer dans les détails de l'opération que l'on trouve partout dans les livres, et du traitement consécutif qui est exposé dans les observations qui sont consignées dans ces notes, je dois m'arrêter sur quelques circonstances qui se sont présentées dans la dernière opération que j'ai pratiquée.

Après avoir divisé de bas en haut trois anneaux de la trachée-artère et le cartilage cricoïde, l'air ne pénétra pas, à mon grand étonnement. Craignant de ne pas avoir divisé la trachée, je portai mon doigt dans ce canal, et j'acquis la certitude de sa division. La respiration ne se

faisait pas, quoique le sang coulât dans les voies aériennes, et l'inspiration, qui devait arrêter, suspendre cet écoulement du sang veineux, ne se faisait pas non plus; loin de là, l'asphyxie augmentait, et le danger devenait de plus en plus imminent. Un des confrères qui m'assistaient, persuadé que la trachée n'était pas ouverte, pour s'en assurer lui-même, introduisit une sonde cannelée dans la plaie, la porta à droite et à gauche, et aussitôt l'air pénétra, l'inspiration se fit; mais le sang, qui déjà avait coulé profondément dans les voies de l'air, devint une nouvelle cause d'asphyxie en empêchant l'air d'arriver aux dernières vésicules bronchiques, et d'expulser le sang par l'expectoration. Aussi le pouls cessa-t-il de battre; et tous nous croyions l'enfant mort, quand je priai l'un de mes confrères de comprimer et de relâcher tour à tour la base de la poitrine, de pratiquer une respiration artificielle. Peu à peu l'air pénétra sous l'empire de ces mouvements, pendant que je tenais les lèvres de la plaie écartées avec des pinces à anneaux. Le pouls, qui avait cessé, reparut; les inspirations revinrent après plus de dix minutes de suspension de tout mouvement respiratoire; l'enfant revint à la vie, et ce ne fut que le cinquième jour qu'il succomba.

Quel pouvait donc être l'obstacle au passage de l'air? La fausse membrane elle-même qui, mince, trop molle pour être divisée par le bistouri, s'était affaissée, aplatie, et ne permettait pas ainsi à l'air de pénétrer, quoique le tube fût largement ouvert; et ce ne fut que quand elle fut déchirée par les mouvements de la sonde, que la respiration put s'établir. Il m'a semblé utile d'appeler sur cette coïncidence l'attention de ceux qui opéreront plus tard.

Je crois qu'on doit repousser toutes les espèces de crochets mousses ou non qui devront remplir l'office de dilatateur. Trop faibles, ils tiennent trop peu écartées les lèvres de la plaie ; trop forts, ils les déchirent : c'est ce qui a eu lieu chez mon malade. Plus tard, comme pour tenir en place il faut qu'ils se fixent dans les tissus, ceux-ci se ramollissent et se déchirent encore. De tous les moyens le meilleur est sans contredit la canule ; et si, loin de la ville, le médecin n'en possédait pas, je préférerais imiter M. *Moslieurat*, recourber deux épingles en S par leur pointe, les fixer dans les tissus, et les attacher derrière le cou par un fil fixé à leur bouton, en attendant une canule, que chacun peut du reste instantanément fabriquer avec une lame de plomb.

Vers le troisième jour, souvent plus tard, l'air s'écoule par le larynx, quoique la voix ne reparaisse pas encore ; et quand on fait boire le malade, les liquides coulent dans les voies aériennes, dans le larynx, et produisent la suffocation en pénétrant dans les bronches. Il faut donc attentivement surveiller ce phénomène, et ne pas donner des boissons trop souvent, ni en trop grande quantité. J'ai le regret de dire que chez l'enfant chez lequel j'ai fait ces remarques l'asphyxie a pu être hâtée par cette cause ; car chez lui il n'y avait aucune trace de fausse membrane à l'autopsie, et ceux qui étaient auprès de lui dans les dernières heures de sa vie m'ont dit qu'à chaque déglutition les liquides passaient abondamment dans le larynx, et provoquaient de la gêne et de la toux dans les bronches. A l'autopsie il y avait seulement une écume bronchique peu tenace. Malgré les nombreux vomitifs qu'il avait pris, il n'y avait point de trace d'inflammation de l'estomac, et je n'ai trouvé aucune lésion qui pût rendre

compte de la mort de cet enfant que j'avais cru sauvé.

Pourquoi les liquides passent-ils par les voies aériennes ? Quoique les fausses membranes aient disparu de l'ouverture de la glotte et de dessus l'épiglotte, la modification profonde que ces organes ont éprouvée dans leur sensibilité et dans l'action des muscles qui les resserrent, permet de se rendre compte de cette anomalie. Cette explication me paraît justifiée parce que j'ai vu plusieurs fois le goût être perdu et ne reparaître qu'après bien des mois chez les individus qui ont guéri de l'angine couenneuse, et que j'ai vu après cette forme d'angine des névralgies du pharynx persister longtemps. Ce phénomène est assez constant pour le retrouver noté dans toutes les observations de trachéotomie recueillies avec soin.

Après l'opération, une ou tout au plus deux instillations de nitrate d'argent dans la trachée, à de longs intervalles, et encore autant que les fausses membranes persistent et se renouvellent, doivent être employées ; leur action sur ces produits accidentels ne rachète peut-être pas leur effet irritant sur la membrane muqueuse. Les solutions d'alun sont moins irritantes, et agissent aussi avantageusement comme modificateurs de l'irritation. Les instillations d'eau tiède et le nettoiement de la canule ne peuvent être trop recommandés ; et c'est avec raison qu'à la suite d'une des observations ci-dessus relatées, le rédacteur a insisté et développé les moyens que l'on doit consécutivement mettre en usage. Les vésicatoires sur le devant du sternum seront aussi propres à suspendre la bronchite et la sécrétion parfois trop abondante qui survient à sa suite. Je dois prévenir ceux qui se décideront à opérer à la campagne, qu'il est indispensable de se faire

assister d'un confrère, non pas à cause des difficultés de l'opération en elle-même, mais parce que le traitement consécutif, l'écouvillonnement pour extraire les débris des fausses membranes, le nettoiement de la canule, ou son replacement quand elle a été dérangée, et les accidents qui pourraient survenir, exigent que, la nuit comme le jour, dans les quatre ou cinq premiers jours du moins, un homme de l'art soit présent, ou du moins assez peu éloigné pour arriver au premier accident. Il sera facile de dresser une personne intelligente à lui donner plus tard les secours nécessaires après cette période.

Les médecins pour lesquels les occasions de faire des autopsies sont rares ne se font peut-être pas une juste idée de l'étendue de ces fausses membranes, et ce ne sera pas les induire en erreur que de dire qu'elles suivent littéralement les divisions bronchiques, et qu'elles s'étendent, en se divisant comme elles, jusque dans les plus petites divisions où il est possible à l'instrument de les suivre. En voici une observation succincte des plus remarquables.

Une jeune fille de la campagne, qui était enceinte de sept mois et demi, était venue chercher dans un hospice de Poitiers un refuge contre sa faute. Un jour du mois de mai de cette année, étant déjà enrouée, elle fut se coucher à l'ombre d'un mur très-élevé, sur la terre nue, et s'y endormit. Le surlendemain la gorge était douloureuse et fut trouvée couverte de fausses membranes. Un traitement des plus rationnels ne put empêcher leur extension dans les voies aériennes, et bientôt tous les phénomènes du croup se déclarèrent. Le traitement fut très-actif ; des vomissements ont provoqué l'expulsion de tubes membraneux très-nombreux et à plusieurs reprises. La malade

avorta, et seize à dix-huit heures après elle succomba à l'asphyxie produite par les fausses membranes qui se renouvelaient sans cesse.

Quarante heures après la mort, l'autopsie montra sur l'amygdale droite une plaque couenneuse de la largeur d'un liard. Le larynx dans tous ses points en était recouvert, et la trachée-artère, les bronches, dans toutes les divisions où on a pu les suivre, étaient doublées de la même production qui formait un tube continu et ramifié, sans interruption, sans rupture, qui doublait à l'intérieur la membrane muqueuse; elle était flottante dans le haut de la trachée, plus adhérente ailleurs, mais facile à détacher, peu consistante, se laissant déchirer sans peine. C'était à peine si au-dessous la membrane muqueuse était injectée. Les poumons étaient partout engoués. En un mot, si on eût pu la détacher sans la rompre et l'insuffler, on aurait eu une image exacte du poumon lui-même. Cependant cette jeune fille en avait rejeté des lambeaux, des masses énormes. Avec quelle facilité, dans certains sujets, cette sécrétion morbide ne se forme-t-elle pas?

Fracture du crâne. — Lésion du cerveau avec perte de substance. — Hernie consécutive. — Guérison. — Par M. Jules Piorry, d.-m.

Le 19 décembre 1841, le jeune François Audidier, garçon maréchal, âgé de 16 ans, constitution forte, fut atteint à la région frontale d'un coup de pied de cheval, qui le renversa après avoir divisé la peau de cette région,

fracturé l'os frontal et atteint la substance même du cerveau.

Après une demi-heure de perte de connaissance, le blessé reprit toutes ses facultés, aucune ne parut lésée, et il fut conduit à son domicile.

Le front, dépouillé des épais bandeaux qui avaient servi à arrêter l'hémorragie, présentait au-dessus de la racine du nez une vaste cavité conique à sommet tourné du côté du cerveau, dont les bords extérieurs étaient formés par les lambeaux de peau détachés presque entièrement de l'os frontal.

La longueur de cette plaie est de 10 à 12 centimètres de droite à gauche, se prolongeant d'une arcade sourcilière à l'autre; sa hauteur est de 4 à 5 centimètres dans sa plus grande largeur. La partie de l'os frontal qui sert de pourtour à la base du cône est à nu dans une largeur de 15 millimètres environ; le cuir chevelu supérieur est relevé sur lui-même.

La boîte crânienne présente de son côté une ouverture de 53 millimètres de longueur, se rétrécissant vers chaque extrémité; la droite est ovale, la gauche offre un angle aigu.

A la partie supérieure de l'ouverture, le frontal présente une division contournant ce bord, dont la portion d'os fléchie du côté du cerveau offre une largeur de 15 millimètres.

La profondeur du cône est de 25 millimètres au moins; elle se trouve tapissée par l'os frontal enfoncé, lequel est plongé obliquement dans la substance du cerveau, appuyant davantage sur son lobe gauche.

Cette cavité est remplie de sang qui, malgré sa prompte coagulation, sort avec assez d'abondance à chaque fois

qu'on l'étanche, revenant par jets saccadés isochrones aux battements du cerveau; un lambeau de la dure-mère de 20 à 25 millimètres se présente dans cette cavité.

La profondeur de la plaie, la forme présumée de l'esquille, le manque d'instruments, me forcèrent de mettre en usage, pour soulever cette portion d'os, deux crochets très-minces glissés sous chaque extrémité qui ne me procurèrent que de légers déplacements. Avant d'opérer l'extraction, et afin de la faire avec plus de facilité, je prolongeai les commissures droite et gauche de la plaie; une branche de l'artère temporale du côté gauche ayant été divisée pendant cette opération, je la maintins fermée à l'aide de la pince à ressort. J'employai ensuite un élévatoire recourbé à l'usage des dents que je glissai sous la face postérieure de l'os, et, après avoir pris un point d'appui sur le pourtour de l'ouverture, j'enlevai avec force, après un quart d'heure de tentative, une portion d'os de la dimension suivante.

L'os retiré offre les mêmes diamètres que l'ouverture pour la table externe; sa table interne, au contraire, présente un centimètre environ de largeur en plus, c'est ce qui rendit son extraction plus difficile.

A sa face interne, on remarque la fin de la gouttière du grand sinus longitudinal supérieur, et quelques sillons artériels peu profonds.

La cavité explorée fournit une grande quantité de sang noir mêlé à la substance cérébrale; la dure-mère est rompue, le sinus divisé, et les lobes du cerveau sont à découvert; le gauche plus que le droit est presque réduit en bouillie à son extrémité antérieure; la quantité de cerveau qui en sort peut être évaluée à 6 ou 8 grammes. Les battements du cerveau sont très-sensibles; le sang en

sort par saccades, il est noir ; le doigt placé dans la cavité occasionne quelques cris sourds et plaintifs lorsqu'il presse les deux lobes du cerveau ; ils diffèrent de ceux qui sont le résultat de la pression de la plaie, qui sont au contraire très-aigus.

La pression de ces lobes, et le doigt même promené auprès du passage des nerfs offensés, ne fournissent aucun signe extérieur.

La prompte coagulation du sang me permit de réunir promptement la plaie. A cet effet, la deuxième portion d'os ayant été soulevée, je rapprochai les deux lambeaux sur l'ouverture, et je les maintins réunis à l'aide de la suture à points passés et du taffetas d'Angleterre, laissant les deux commissures libres pour l'écoulement des caillots et de la suppuration.

Après avoir donné la liberté au sang de l'artère temporale, je l'arrêtai, et je fis mettre sur la tête des compresses trempées dans une solution froide de potasse et de fer.

Une demi-heure après ce pansement, le pouls s'étant relevé, de petit et serré qu'il était, je pratiquai une saignée de 300 grammes environ, ce qui, réuni à la quantité de sang que le malade perdit avant et pendant l'opération, peut être évalué à 500 grammes environ. Il est à remarquer que pendant l'opération le malade fut d'une extrême impatience, impossible de pouvoir le tenir ; le moindre toucher, surtout au-dessous de la plaie, excitait des mouvements de colère ; la partie supérieure, au contraire, était presque insensible.

Pendant la nuit qui suivit le premier pansement, l'épanchement du cerveau occasionne un assoupissement assez profond dont les réveils sont accompagnés de mou-

vements d'impatience et de colère, refus des boissons ; les lotions froides ont été renouvelées très-souvent, et la surveillance la plus active est observée.

20 au matin, calme, assoupissement, douleurs vives au-dessous de la plaie, gonflement de la paupière droite, rougeur vive des conjonctives, chaleur de la peau, langue commençant à blanchir, pouls plein, régulier, assez fort. Nouvelle saignée, administration de trois décigrammes de calomel, bouillon à l'oseille et de poulet.

Le soir, le sang s'écoule avec facilité de chaque côté de la plaie ; fièvre, chaleur vive de la peau, rougeur des pommettes, plénitude, accélération du pouls, 90 pulsations, langue blanche, papilles hérissées, urines rouges, pesanteur de tête, prostration plus prononcée, somnolence bruyante, réveils fréquents et en sursaut, dents serrées, yeux rouges et larmoyants, point de délire, aucune selle. *Nouvelle saignée, cataplasmes sinapisés aux jambes renouvelés toutes les trois heures, continuation des premières prescriptions.*

21, calme assez parfait, la nuit a été plus tranquille que la soirée, léger assoupissement, langue sèche, 90 à 95 pulsations, tuméfaction des deux paupières, impossibilité de les ouvrir, gonflement du pourtour de la plaie, sortie d'une grande quantité de sang altéré et mélangé de substance cérébrale; du côté droit de la commissure, sous la peau, se trouve un petit foyer de pus. *Six sangsues de chaque côté de la tête, écoulement continu du sang.*

Le soir, redoublement de la fièvre ; le gonflement de la plaie nécessite la pression pour faire évacuer le pus, le sang et la substance du cerveau mélangés.

Nouvelle saignée, même prescription.

Le délire s'est manifesté pendant la nuit, quoique la saignée ait amené plus de calme ; contraction forcée des mâchoires, roideur des membres, mouvements et transports brusques d'un côté du lit à l'autre, pesanteur considérable de la tête, son renversement en arrière; le pouls est de 100 à 110 pulsations.

22, relâchement de tous les symptômes graves, réunion apparente de la plaie, écoulement de pus et de cerveau de chaque côté, surtout par la pression, douleurs vives du côté de l'oreille gauche, moins de fréquence dans le pouls, diminution de la sécheresse de la langue, idées et paroles difficiles, difficulté pour faire boire le malade. Nouvelle application de sangsues, deux vésicatoires aux jambes.

Le soir, redoublement de la fièvre, suppuration des paupières, leur union assez intime, pouls 95 à 100.

23, amélioration générale, plaie douloureuse, relâchement de la commissure gauche de la plaie, section d'un à deux points de suture, suppuration abondante.

Le soir, *dix nouvelles sangsues sont appliquées* pour prévenir le retour des accidents.

Pendant ces premiers jours de maladie la respiration était accélérée, parfois plaintive, accompagnée de soupirs ; les émissions sanguines ont peu affaibli le sujet.

24, suppuration abondante, diminution dans la quantité de sang et de cerveau qui s'y trouvent mélangés, le gonflement des paupières disparaît, sensibilité extrême de la plaie.

La nuit ayant été plus agitée, on a de nouveau eu recours le matin à une dizaine de sangsues, qui aussitôt après leur chute ont amené une amélioration notable ; la parole est devenue plus libre, la tête moins pesante ;

la langue a perdu sa blancheur et sa contraction.

Continuation des mêmes moyens, un peu de bouillon pour nourriture.

26, état satisfaisant du malade; dans la nuit du 26 au 27, ouverture spontanée de l'artère temporale de la plaie, perte de 200 grammes de sang environ, battements du cerveau derrière la plaie; la suppuration sort seule de cet organe; relâchement de la cicatrice du côté gauche; les yeux sont entièrement libres.

Tout moyen de compression sur la plaie est impossible pour la maintenir réunie.

27, le cerveau s'élance avec force de sa boîte osseuse et vient faire hernie au dehors, la cicatrice qui paraissait bien réunie se sépare de plus en plus à gauche. Pendant la nuit, le malade se heurte le front sur sa garde, et donne lieu de nouveau, du côté gauche, à des douleurs plus vives, ainsi qu'à la séparation des deux lambeaux; la portion de dure-mère détachée est retirée du crâne, elle a un à deux centimètres et demi.

Un peu de nourriture est accordée au malade.

28, battements du cerveau isochrones à ceux du pouls; le cerveau présente au dehors une tumeur du volume d'une noix; impossibilité de la maintenir rentrée.

Le malade se plaint que son côté droit est plus faible que le gauche, mais ce symptôme disparaît quelques jours après sans laisser aucune trace.

29, on repousse fortement le cerveau avec le doigt qui peut contourner tout le lobe gauche à son extrémité antérieure, n'occasionnant que quelques légers cris plaintifs; les bords de la cavité osseuse ne sont pas recouverts de substance cartilagineuse; nulle adhérence de la peau et des muscles avec le péricrâne.

Nouvelle réunion de la plaie à l'aide de la suture enchevillée ; malgré cette réunion, le cerveau fait toujours des efforts pour s'échapper de sa cavité, et au bout de six jours il parvient de nouveau à rompre la suture ; cet accident fut encore occasionné par la négligence des parents, qui avaient oublié de mettre les bandelettes agglutinatives, et mal appliqué le bandage à huit chefs entrecroisés.

La réunion ayant manqué son effet, la plaie étant devenue moins douloureuse, chaque jour on fut obligé de retrancher la portion du cerveau faisant hernie, soit à l'aide du bistouri, des ciseaux courbes, ou de la cautérisation ; ces petites opérations ne font éprouver au malade aucune sensation.

Lorsque le cerveau était rabaissé au niveau de la plaie, l'on en retenait les deux lèvres avec les bandelettes, les compresses graduées et le bandage à huit chefs.

Du 8 au 13 octobre, commencement de formation de boutons charnus, soit du côté du cerveau, soit du côté des lèvres de la plaie ; les commissures de la plaie commencent à se fermer.

Les boutons charnus qui se développent à la surface du cerveau ressemblent à un point muqueux, rougeâtre, servant de centre, duquel s'irradient une grande quantité de lignes ou fibres rougeâtres cherchant une réunion avec d'autres bourgeons plus proches ; plus on les coupe ou plus on les cautérise, plus ils ont de facilité et de promptitude à se reproduire.

16, le cerveau hernié tend à perdre de son volume, les battements sont moins forts, la cicatrice se fait activement ; formation cependant de petits abcès à la surface du cerveau que l'on vide et que l'on cautérise ensuite.

16 au 26, formation de la cicatrice, réunion des bourgeons charnus ; la peau se réunit elle-même au pourtour de la cavité osseuse.

Chaque soir il y a comme un petit mouvement de fièvre ; le malade commence à se lever ; pesanteur considérable de la tête.

26 au 1er novembre, cicatrice presque complète ; les forces du malade augmentent ; les douleurs et la pesanteur de la tête disparaissent ; la plaie est toujours sensible ; à sa place se creuse un sillon dans lequel se trouvent quelques excroissances fibro-muqueuses que l'on est obligé de cautériser.

6 novembre, le malade désire travailler ; aucune faiblesse dans ses actions ni dans ses mouvements ; intelligence entière.

La plaie bleuâtre présente une cicatrice concave ; cette cicatrice est formée dans sa moitié droite par la réunion immédiate des deux lambeaux de la plaie ; la moitié du côté gauche est due au développement de bourgeons charnus, qui prend chaque jour plus de force ; les battements du cerveau y sont plus faibles, et notre malade se trouve en voie de guérison durable.

Au 20 novembre, sur la cicatrice se forment quelques boutons purulents que l'on ouvre avec la lancette ; dans l'un d'eux se trouvent deux petites parcelles osseuses ; cautérisation ensuite ; le côté gauche de la commissure offre une certaine difficulté à se fermer ; l'artère temporale de ce côté y forme une espèce de tumeur variqueuse.

Le résultat de cette observation tend à prouver que toute plaie avec lésion de la substance blanche ou grise superficielle du cerveau est susceptible de guérison, sans lésion même des facultés internes ou externes ;

Que la cicatrice peut avoir lieu par première intention toutes les fois que l'on peut retenir les efforts des battements du cerveau ; que cette réunion n'a pas toujours besoin de bourgeons charnus ;

Enfin, que la fièvre consécutive aux plaies ou contusions du cerveau n'attend pas toujours le cinquième ou sixième jour, comme l'ont pensé les auteurs, pour annoncer l'inflammation soit de l'encéphale, soit des méninges ; qu'elle peut se développer même le second jour.

Les évacuations sanguines souvent réitérées doivent avoir lieu le plus près possible de la tête ; elles doivent être abondantes et graduées suivant la force des malades.

I. *Chorée. — Efficacité de l'opium à haute dose.* — Par M. Reverdit, d.-m. à Thouars, membre correspondant.

10 juillet. — Marguerite Bouto, du village de Magé, près Thouars, âgée de 52 ans, a cessé de voir depuis six ans. Elle a eu plusieurs enfants. Voilà trois ans qu'elle est en proie à une affection chronique des voies digestives. Tous les moyens de la médecine physiologique ont été mis en usage sans obtenir de résultat notable ; des apparences de mieux étaient bientôt suivies de recrudescences. Aussi cette femme, qui jusque-là avait joui d'une bonne santé de campagnarde, en est-elle réduite en ce moment au type du tempérament nerveux acquis.

Il y a six semaines environ, elle a été prise d'un violent mal aux dents, et peu après, de mouvements désordonnés dans les membres du côté gauche.

J'étais tout nouvellement établi ; en désespoir de cause, on accourut auprès du nouveau médecin.

Le commissionnaire ne me parla tout d'abord que d'une dent à extraire ; c'est en arrivant dans la maison que j'obtins les renseignements commémoratifs, et pus observer les symptômes suivants :

Mouvements irréguliers de tous les muscles du côté gauche de la face ; de là toute espèce de grimaces, tiraillements de la commissure buccale, mastication continuelle, difficulté de parler et d'avaler, etc. Le bras et la jambe gauche vont et viennent en tout sens avec une force impossible à maîtriser. Il ne se manifeste aucune rémission. Les parents et les voisins se fatiguent tour à tour pour maintenir la malade dans son lit. L'intelligence est parfaite ; et s'il y a souffrance, c'est plutôt une souffrance morale que physique. La femme Bouto se désespère de ne pouvoir parvenir à arrêter son bras et sa jambe. Elle a faim, dit-elle, et elle ne peut rien ingérer, de peur de couper sa langue avec ses dents ; elle s'est mordue plusieurs fois. Il n'y a pas de fièvre, du reste ; le pouls est dur, vif et agité, ce qui est dû à la fatigue continuelle de la malade. Tous les muscles du côté droit sont tranquilles, et obéissent à la volonté ; la sensibilité n'est altérée ni à droite ni à gauche ; le ventre est souple et peu volumineux ; il n'y a de selles que tous les trois à quatre jours. Sans les mouvements convulsifs la femme Bouto ne se croirait pas malade. Elle est du reste persuadée que ces convulsions ont été occasionnées et sont entretenues par une dent profondément cariée, la première grosse molaire, qu'elle me montre au bord alvéolaire supérieur.

Le diagnostic est facile ; j'ai à traiter une chorée ou danse de St-Guy. Là commence mon embarras. Bien des

moyens ont été employés, et peu restaient à ma disposition. Cependant la malade veut tout d'abord être débarrassée de sa dent. Je place un bouchon de liége entre les machoires, et après quelques tâtonnements je fais sauter la prétendue cause du mal, et le mal n'en persiste pas moins. (Saignée de 12 grammes, 25 sangsues le long de la colonne vertébrale, bain tiède de plusieurs heures, tisane rafraîchissante.)

12 juillet. — Pas de changement. Les sangsues ont bien donné, le bain a été difficile et de courte durée. (Un gramme de calomel à l'intérieur, l'irritation chronique des voies digestives ne me paraissant pas devoir contre-indiquer les vomitifs internes; un nouveau bain et trois vésicatoires le long de la colonne vertébrale.)

(Mon embarras allait en augmentant. Le soir, le lendemain, ma petite bibliothèque et mes notes sont bouleversées; rien de satisfaisant! Je venais de recevoir le Traité de thérapeutique du professeur Trousseau. Ce praticien dit avoir guéri à l'aide de l'opium à haute dose 13 chorées sur 14. Je reprends courage.)

14 juillet. — Je retourne à Magé; la femme Bouto est toujours dans le même état; les vésicatoires la font beaucoup souffrir. Elle est restée une demi-heure à peine dans son bain. Le calomel a occasionné des coliques et plusieurs selles. Elle ne veut plus faire de remèdes, elle se désespère; je la console de mon mieux.

M. Trousseau donne 1/2 grain d'extrait d'opium d'heure en heure jusqu'à production du narcotisme. Je prescris donc huit grains d'extrait d'opium dans six onces de liquide, avec recommandation de donner une cuillerée d'heure en heure jusqu'à l'arrivée du sommeil.

15 juillet. — Dès le matin, la fille de la malade vient me

dire que sa mère a vomi deux fois dans la soirée, et qu'elle s'est endormie vers minuit, après avoir pris huit cuillerées de la bouteille. Elle fait encore quelques mouvements très-faibles. Je lui fais emporter une deuxième potion pareille à la première, et lui recommande d'en donner une cuillerée quand sa mère se réveillera.

17 juillet. — Je n'ai pas eu de nouvelles hier ; aujourd'hui, troisième jour du narcotisme, la fille vient me dire que sa mère n'a plus de convulsions, mais qu'elle dort toujours, ce qui inquiète la famille. Elle a pris depuis avant-hier plusieurs cuillerées. Il reste encore la moitié de la dernière potion. Je fais suspendre le médicament.

18 juillet. — J'ai revu la femme Bouto. Depuis trente-six heures elle n'a plus pris d'opium. L'assoupissement continue. Si on l'appelle, elle entr'ouvre péniblement les paupières, balbutie quelques paroles, et retombe dans le coma ; si on veut la faire boire, il faut la secouer et approcher la tasse des lèvres : elle semble prendre avec plaisir. Hier elle a vomi trois fois ; elle a eu une selle. Ses urines sont rares et limpides. Le pouls est dur, plein et lent. La pupille est fortement contractée. Pas le moindre mouvement dans les muscles précédemment convulsés.

19 juillet. — La malade commence à s'éveiller. Elle se plaint de démangeaisons par tout le corps et de quelques *maux de cœur*. Elle témoigne son contentement de ne plus remuer. Quand elle veut lever la tête, tout tourne autour d'elle. Le pouls est bon. La pupille est moins resserrée.

21 juillet.—Tout paraît à l'état normal. Hier la malade a mangé de la soupe. Elle n'a pas vomi. Elle a de l'ap-

pétit. Elle a beaucoup transpiré. Elle est assise sur son lit, et manifeste le désir de se lever.

30 juillet. — La femme Bouto a quitté le lit et la chambre depuis plusieurs jours. Elle n'éprouve aucun mouvement irrégulier. Elle se promène. Son appétit est bon, et ses digestions sont meilleures qu'avant ses accidents convulsifs. Elle est dans un contentement difficile à exprimer. Elle bénit tous les jours, dit-elle, la bouteille qui l'a fait dormir.

Depuis, j'ai vu très-souvent cette femme. Elle ne m'aborde que pour m'exprimer sa reconnaissance. Quelquefois elle se plaignait de ses mauvaises digestions et de ses coliques.

Ce mauvais état des voies digestives a fini, à la longue, par la conduire au tombeau. Elle est morte dans le mois de février dernier,—18 mois après la guérison de sa danse de St-Guy, et sans en avoir depuis éprouvé la moindre atteinte.

II. *Chorée. — Efficacité de l'opium à haute dose.*

3 mai.—Rose Bruno, couturière à Thouars, 14 ans, non réglée, à la suite d'une frayeur, a été prise, il y a trois jours, d'un tremblement général qui a duré plusieurs heures. Depuis ce moment sa mère la trouvait toute changée. Elle était triste et rêveuse; le moindre bruit la faisait tressaillir.

Hier, 2 mai, elle a été en proie à des mouvements convulsifs pendant une heure. Dans la nuit, ces mouvements sont revenus et ont duré jusqu'au matin. A dix heures, ils ont recommencé. J'ai été appelé à onze heures. La jeune fille était maintenue dans son lit par deux per-

sonnes. Ses bras, ses jambes, ses reins étaient affectés de convulsions cloniques très-violentes. Les mâchoires étaient tellement serrées, que la malade ne pouvait ni parler ni ingérer le moindre liquide. Le pouls était vif, dur et fréquent, la peau couverte de sueur, la face rouge, le regard animé, etc., etc.

(Saignée de 384 gr., un bain, tisane émolliente.)

4 mai, au matin.— Les convulsions ont cessé dans le bain. La malade y est restée deux heures. Demi-heure après, les mouvements ont recommencé; ils ont duré plus d'une heure. Le calme est survenu, et a été suivi, au bout de deux heures, de nouvelles convulsions. La nuit s'est ainsi passée dans une intermittence bien marquée de calme et d'agitation. Pendant le repos, Rose Bruno ne souffre pas, sa raison est intacte. Elle prend et trouve bon ce qu'on lui donne.

Mon diagnostic ne me paraît pas douteux; c'est une danse de St-Guy que j'ai à traiter. Le succès obtenu chez la femme Bouto m'engage à faire des opiacés. (Je prescris 25 centigrammes d'extrait d'opium dans 250 gr. d'eau, à donner par cuillerée d'heure en heure jusqu'à l'arrivée du sommeil.)

Le soir, la jeune malade a pris la moitié de sa potion. —Aucun changement.—La journée s'est passée, comme la nuit, dans des alternatives de mouvements convulsifs et de repos parfait.

5 mai.—Toute la potion a été consommée.—Pas la moindre tendance au sommeil.—La nuit a été mauvaise. —Les convulsions duraient plus de deux heures, et n'étaient séparées tout au plus que d'une demi-heure de repos. (Nouvelle potion de 250 gram. avec 40 centigr. d'extrait d'opium.)

6 mai. — La journée d'hier a été très-agitée. Le soir, dans un moment de calme, la malade s'est assoupie; elle a reposé jusqu'à deux heures de la nuit. Les convulsions l'ont réveillée; elles ont duré jusqu'à trois heures. Depuis, elle a dormi jusqu'au matin. En s'éveillant, elle a vomi deux fois. Elle se plaint de pesanteur de tête; elle ne veut pas boire, la tisane lui *soulève le cœur*; le regard est fixe, les pupilles resserrées et immobiles. Le pouls est plein et large. En ma présence les convulsions surprennent la malade. Elles sont moins violentes vers les membres supérieurs.

(Nouvelle potion de 250 gram. avec 40 centigram. d'extrait d'opium.)

8 mai. — Depuis hier midi Rose Bruno est plongée dans un coma profond. Elle n'a pris que trois cuillerées de sa dernière potion. Elle s'est réveillée trois fois dans la nuit; on en a profité pour lui faire boire de la tisane, elle l'a vomie immédiatement. Ce matin il faut la secouer fortement pour lui faire ouvrir les yeux. Elle a rêvassé toute la nuit. Elle n'a pas éprouvé la moindre convulsion.

(Suspendre la potion.—Donner à boire si la malade s'éveille.)

8 mai. — Le coma dure encore; les parents s'effrayent de cet état d'abattement. Pendant la nuit, ils ont éveillé leur fille pour la faire boire. Les convulsions n'ont plus reparu.

9 mai. — Dans la journée d'hier Rose a parlé plusieurs fois pour demander à boire et se plaindre de démangeaisons par tout le corps. Elle n'a pas uriné depuis 48 heures; sa vessie ne paraît pas distendue cependant. Elle se gratte continuellement. Elle croit avoir la gale. Elle a la tête lourde, le regard hébété. Pas d'appétit.

10 mai.—Sueurs abondantes.—La malade a rendu, en plusieurs fois, un demi-litre d'urines rouges avec sédiment briqueté.

11 mai.—Les sueurs ont duré toute la journée d'hier. — Les démangeaisons sont calmées, les urines plus abondantes et plus claires; il est survenu dans la nuit un peu de diarrhée.—Pas de convulsions du reste, malgré l'insomnie qui fatigue la malade.

12 mai. — Hier Rose s'est levée; elle se sentait toute étourdie. Elle a mangé deux soupes.—Tout annonce la cessation graduelle de l'action des opiacés et le retour à la santé.

17 mai.—J'ai passé plusieurs jours sans voir la malade. Son état est très-satisfaisant. Elle reste hors du lit toute la journée. Elle a bon appétit. Le sommeil est revenu. Elle parle de retourner à son ouvrage.

N. B. Je vois souvent cette jeune fille. Elle n'a plus éprouvé la moindre atteinte de son mal. Sa mère l'a conduite trois mois après à Poitiers pour remplir un vœu auprès de Ste-Radégonde.

En ce moment, 16 mois après sa guérison, elle est menstruée depuis six mois, et sa santé paraît florissante.

III. — *Aberration peu ordinaire de l'innervation. — Efficacité de l'opium à haute dose.*

6 juin 1840. — Giraud Janot, 23 ans, cultivateur à Noizé, petit village à trois lieues de Thouars, sur la route de Poitiers, maigre et fluet, jouissant habituellement d'une bonne santé, est arrêté au lit depuis plusieurs jours. Les renseignements commémoratifs soumis par lui et ses parents, ainsi que l'examen que je fais de son état, sont

loin de me donner des lumières suffisantes pour établir mon diagnostic. Je soupçonne des fièvres intermittentes erratiques. Dans l'espoir de faire régler les accès, je fais une saignée de 490 gr., et donne une poudre purgative à prendre le lendemain matin. Je recommande à la famille de bien observer le malade et de venir m'en rendre compte.

12 juin. — Six jours après, je revois Giraud. Même obscurité dans les renseignements. Son état a peu changé. Il a gardé le lit. Il se plaint de douleurs dans les cuisses et dans les jambes. Un de ses frères est mort d'une phthisie pulmonaire il y a trois ans; Giraud croit être attaqué de la même maladie; ses parents en sont persuadés. Je percute, j'ausculte avec soin la cavité thoracique, et rien pour le moment ne me paraît justifier de telles craintes. Je rassure le malade et sa famille. Je prescris un bain et l'usage d'un liniment en frictions sur les membres inférieurs.

1er juillet.—Je suis resté près de vingt jours sans nouvelles de Giraud. Aujourd'hui on vient me dire qu'il s'est trouvé mieux pendant quelque temps, mais qu'il est retombé plus gravement malade depuis deux jours. On le croit perdu. Je me rends près de lui; voici son état :

Céphalalgie, éblouissements, inquiétude générale, réponses brèves et justes. Langue rosée à sa pointe, couverte d'un enduit blanchâtre à sa base. Bouche pâteuse, ventre souple, constipation, urines rares et limpides. Des soupirs et de fréquents bâillements rendent irréguliers les mouvements respiratoires. Pouls vif, dur, peu fréquent. Moiteur à la peau. Douleurs très-vives dans les masses musculaires des bras, des avant-bras, des oreilles et des jambes. Les membres de ces régions offrent un phéno-

mène bien singulier : c'est une succession sans interruption de contraction et de relâchement dans chaque muscle en particulier. A l'œil nu, on distingue sous la peau des espèces de mouvements vermiculaires ; et je ne puis mieux exprimer la sensation que j'ai éprouvée en appliquant ma main sur la cuisse, la jambe ou les bras, qu'en la comparant à celle que donnerait la présence d'autant de couleuvres en place des muscles. Ces mouvements, qui ne sont ni des convulsions, ni des crampes, paraissent être la cause des douleurs dont se plaint le malade : le toucher n'augmente pas ces douleurs, mais tout changement de position les exaspère. Pour donner à boire, on ne peut pas confier le vase aux mains de Giraud; il faut le porter à sa bouche. (Saignée de 512 gr., 20 sangsues derrière les oreilles, un bain, tisane émolliente, frictions sur les membres avec un liniment camphré laudanisé.)

2 juillet. — La singularité de cette affection m'a beaucoup occupé. Après bien des réflexions, je m'arrête à cette idée un peu générique : c'est un trouble dans l'innervation qui occasionne ces mouvements anormaux dans les organes musculaires ; il y a donc analogie de cause avec la danse de St-Guy. La même médication (l'opium à haute dose) pourrait par conséquent être couronnée de succès.

J'arrive auprès de Giraud ; son état n'a pas changé. Il n'a pas dormi. (Nouvelle saignée de 490 grammes, un bain, potion de 150 gram. avec 3 décigrammes d'extrait d'opium à prendre par cuillerée d'heure en heure jusqu'à l'arrivée du sommeil.)

3 juillet. — Giraud a pris toute sa potion. Il n'a pas plus dormi que la veille. Il a eu deux fois envie de vomir.

Le pouls est large, plein et fréquent; la pupille est contractée, la face animée, etc., etc. (Un bain, potion de 150 grammes avec 4 décigrammes d'opium.)

4 juillet. — Sommeil de deux heures dans la nuit. Mêmes douleurs, mêmes mouvements vermiculaires dans les muscles. Pesanteur de tête; urine rare; pas de selles. Pour calmer les douleurs, je pense à la méthode endermique. Faute de pommade ammoniacale, j'applique quatre petits vésicatoires, un à chaque bras et à chaque jambe. (Potion de 150 grammes avec 5 décigrammes d'opium.)

5 juillet. — Le malade a dormi dans la nuit; le matin il s'est éveillé, on a recommencé à donner la potion; ses douleurs ne sont pas apaisées pas plus que ses contractions musculaires. Les vésicatoires ont bien pris; je les dénude, et j'applique trois centigrammes d'hydroch. de morphine sur chaque surface mise à nu. Je laisse encore une potion avec deux décigrammes seulement d'extrait d'opium.

6 juillet. — Giraud a dormi toute la nuit. A midi il a la tête lourde; il s'assoupirait volontiers. Il a dormi plusieurs fois; ses douleurs sont moins vives aux bras. Les mouvements sont les mêmes. Il ressent des démangeaisons par tout le corps. (3 centigrammes de morphine sur chaque vésicatoires; potion avec 4 décigrammes d'extrait d'opium.)

7 juillet. — Le malade est assoupi depuis hier. On a de la peine à l'éveiller; il ne lève la tête que pour vomir, ce qui a lieu souvent; il retombe immédiatement dans le coma. Sueurs abondantes. Les mouvements musculaires sont imperceptibles au toucher. (Je suspends l'emploi de l'opium.)

8 juillet. — Giraud est toujours dans l'assoupissement; il faut le secouer pour le faire boire. Quand on lui demande s'il souffre, sa réponse est négative; il veut qu'on le laisse tranquille. Plus de mouvements; du reste, pas de sueurs; diarrhée abondante. (Tisane émolliente.)

9 juillet. — Le coma est à peu près dissipé. Giraud parle; seulement il se plaint de pesanteur de tête. Il demande à manger; il remue bien ses membres et ne se plaint d'aucune douleur.

12 juillet.—J'ai été quatre jours sans nouvelles du malade; aujourd'hui je l'ai trouvé hors de son lit, se promenant dans la cour. Il a bon appétit. Il transpire toutes les nuits. Sa diarrhée a cessé depuis hier. Il ne souffre plus du tout; mais il voudrait de ses *bouteilles*, parce que voilà deux nuits qu'il ne dort pas. Je lui laisse une potion avec trois décigrammes d'opium, à condition de n'en prendre qu'une à deux cuillerées le soir.

20 juillet. — Huit jours après, le père de Giraud est venu m'apporter de ses nouvelles. Tout va bien; le sommeil naturel revient. L'appétit se soutient, et les forces reprennent de jour en jour.

P. S. Depuis cette époque je vois souvent ce jeune homme. Il jouit d'une bonne santé. Il vient de se marier, et il se livre à tous les travaux d'une ferme située à quatre kilomètres de Thouars.

IV. *Chorée. —Inefficacité et innocuité de l'opium à haute dose.*

Clémence Volant, âgée de dix ans, appartenant à des ouvriers aisés de Thouars, a été, pendant l'année de 1838, trois mois en proie à une danse de St-Guy bien caracté-

risée. Les antiphlogistiques et les antispasmodiques firent à peu près la base du traitement. La marche de la maladie n'en parut pas influencée ; le mal finit par s'user de lui-même, et la petite fille paraissait bien revenir à la santé. Dans le mois de juillet dernier je fus appelé pour lui donner mes soins dans une amygdalite peu grave.

27 septembre. — Le 27 septembre sa mère s'est aperçue que sa démarche était devenue chancelante, et que les mouvements de sa main gauche manquaient de précision. Le lendemain 28, la figure a grimacé ; la jambe gauche allait en tout sens, et la main se portait au point où la volonté tendait à la poser. Ces mouvements n'ont fait qu'augmenter d'irrégularité.

2 octobre. — Le 2 octobre j'ai été mandé ; la famille se désespère. Chacun reconnaît la maladie de 1838. Tout le côté gauche de la face est agité ; le cou est sans cesse en mouvement ; le bras gauche se porte involontairement dans toutes les directions ; la jambe du même côté se fléchit et s'étend, tourne à droite et à gauche. Tous ces mouvements se font sans roideur et sans violence, mais ne laissent pas un instant de relâche. Le pouls est calme, le regard est inquiet ; la petite fille se plaint et paraît tourmentée de son mal.

Les commémoratifs et les symptômes dont je suis témoin ne me laissent aucun doute sur l'existence de la chorée. (10 sangsues derrière les oreilles, un bain, potion de 150 grammes avec 15 centigrammes d'extrait d'opium à donner par cuillerée d'heure en heure jusqu'à production du narcotisme.)

3 octobre. — La potion a été prise en entier. Pas de changement dans les mouvements. Ils ont à peine été interrompus par un sommeil de deux heures. La petite fille

a beaucoup de répugnance pour les cuillerées de la potion. Elle se plaint d'avoir mal au cœur chaque fois qu'elle en prend. (Nouvelle potion de 150 grammes avec 2 décigrammes d'opium.)

4 octobre. — Chaque cuillerée a fait vomir la petite Clémence. Elle s'est refusée obstinément d'en prendre après la cinquième cuillerée. La contrariété que lui occasionnait l'insistance de sa mère l'a beaucoup agitée. Elle n'a pas dormi. Ce matin elle pleure, et fait des grimaces et des contorsions plus fortes que la veille. (Au lieu de la potion, je fais faire, pour tromper la malade, 10 pilules de 2 centigrammes d'opium à donner d'heure en heure.)

5 octobre. — Clémence a pris les pilules; elle a vomi trois fois dans la journée et deux fois dans la nuit. Insomnie opiniâtre. Persistance des mouvements; démangeaisons par tout le corps. Constipation; urine peu abondante. (1/2 lavement, un bain, 10 pilules de 2 centigr. chaque.)

6 octobre. — A la quatrième pilule, la petite fille a vomi, et depuis elle a refusé de prendre les autres. Son état n'est pas changé. (Je change encore la forme du remède. Je fais pulvériser 25 centigrammes d'extrait d'opium, et diviser en dix doses, pour être donnés dans des confitures.)

7 octobre. — Les petits paquets ont été administrés, et l'état de la malade est toujours le même. Elle n'a pas vomi; elle transpire beaucoup et se gratte continuellement. (40 centigrammes d'extrait d'opium en poudre et en 10 doses.)

8 octobre. — Tout l'opium a été donné; l'insomnie persiste, les mouvements sont plus violents. La mère attribue l'exaspération du mal à l'action du remède; elle

se refuse elle-même à le continuer. (Un bain au lait.)

9 octobre. — Pas de changement. La petite fille a dormi deux heures. Je suis un peu découragé ; je prescris un bain tous les jours et l'usage d'une tisane appropriée au goût de la malade.

12 octobre. — J'ai été trois jours sans voir Clémence. Elle continue à grimacer et à faire aller son bras et sa jambe. Elle repose quelques heures dans la nuit. Elle n'éprouve plus ni démangeaisons ni sueurs; ses urines sont à l'état normal.

18 octobre. — Il n'y a pas de changement dans la position de Clémence.

La famille ne voulant plus entendre parler de remèdes, je n'ai revu que de loin en loin cette jeune fille. Elle a pris souvent des bains. A la fin d'octobre son état s'était un peu amélioré ; sa mère pouvait la tenir sur ses genoux.

En novembre ses mouvements se sont calmés insensiblement.

Au commencement de décembre elle pouvait marcher dans la rue en donnant la main à quelqu'un. Sa démarche était chancelante, et sa face grimaçait légèrement. Vers Noël elle était complétement rétablie.

Au mois de juillet 1841 elle a encore éprouvé quelques irrégularités dans la démarche et dans les mouvements du bras gauche; quelques bains semblent avoir suffi pour empêcher une nouvelle invasion.

V. *Chorée alcoolique ou delirium tremens des ivrognes. — Efficacité de l'opium à haute dose.*

31 mai 1841. — Jacques Thibaut, 31 ans, fils d'un meunier à Taison, petit village sur les bords du Thouet, à huit

kilomètres de Thouars, commune d'Argenton-l'Église, adonné à l'ivrognerie, est sujet à des accidents cérébraux. Il a déjà fait, en 1839, une maladie qui, au dire des parents, le rendait comme fou.

Depuis plusieurs jours il est tombé malade de la même manière. M. Audon, chirurgien à Argenton, l'a vu et la saigné deux fois. Le 31 mai je suis appelé. Thibaut a des yeux hagards, la face rouge, le pouls vif, dur et fréquent; il ne peut pas rester au lit; ses membres tremblent continuellement; il cherche à s'échapper. Quand il y parvient, sa démarche est incertaine, il tombe même quelquefois; ses propos sont discordants; il croit voir des chiens, des loups, des bœufs, etc., etc. Il les poursuit, les chasse, etc.

M. Audon arrive, et après nous être consultés nous pratiquons une saignée du pied, et nous prescrivons 20 sangsues derrière les oreilles.

1er avril. — Le lendemain à 7 heures du matin nous nous trouvons, M. Audon et moi, auprès du malade. La nuit a été agitée, l'état de Thibaut n'est pas changé. (Saignée du bras, 20 nouvelles sangsues aux oreilles, plus un gramme de calomel à l'intérieur et un bain tiède avec affusions froides sur la tête.)

2 avril. — Pas de changement, grande agitation dans le bain.

Les succès déjà obtenus dans les diverses chorées que j'avais traitées, joints à ceux de plusieurs praticiens cités par M. Trousseau dans des cas semblables à celui-ci, m'engagent à proposer l'opium à haute dose. Nous convenons, M. Audon et moi, de donner une potion de 150 grammes avec 3 décigrammes d'extrait d'opium par cuillerée d'heure en heure, jusqu'à production du narco-

tisme. Toutefois, avant de nous séparer, nous pratiquons une nouvelle saignée et prescrivons un bain avec les douches.

3 avril. — A la quatrième cuillerée le sommeil s'est déclaré pendant le bain; on en a retiré le malade pour le mettre au lit. Il a dormi toute la nuit. Ce matin il est tranquille. En le secouant il se réveille d'un air hébété, prononce quelques paroles entrecoupées, et cherche tout de suite à se rendormir. Le tremblement a complétement cessé. Les hallucinations se réduisent à quelques rêvasseries. Le pouls est plein et lent, la peau moite et les pupilles resserrées. (Nous prescrivons de donner une cuillerée de la potion à chaque réveil spontané.)

4 avril. — Le mieux continue. Le malade a pris trois cuillerées seulement en 24 heures; il a toujours dormi sans vomir. Le tremblement n'a plus reparu, les rêvasseries ont cessé. Ce matin, quand on excite son attention, il raisonne très-juste, mais il demande qu'on le laisse tranquille pour satisfaire son envie de dormir. (Nous prescrivons encore la continuation de l'opium, dont nous donnons une deuxième potion pareille à la première.)

5 avril. — Le mieux se soutient. (Nous suspendons l'usage de la potion. Il reste encore la moitié de la dernière.) Nous recommandons de laisser éveiller complétement le malade, sauf à recommencer si le tremblement et les hallucinations revenaient.

Plusieurs jours après, j'ai su que Thibaut est resté plongé dans le narcotisme plus de trente-six heures encore. Il a fini par s'éveiller peu à peu. La raison est bien revenue. Le tremblement n'a plus reparu. Sa santé s'est très-promptement rétablie.

Quinze jours après il est venu me voir à Thouars,

mais ses habitudes d'ivrognerie le reprennent ; il emploie tous les moyens pour tromper la surveillance de ses parents.

VI. *Chorée alcoolique ou* delirium tremens *des ivrognes. — Efficacité de l'opium à haute dose.*

10 août. — M. Charron, boucher à Thouars, âgé de 60 ans, est livré depuis longues années aux excès de boisson. Dans un moment d'ivresse il est tombé d'un escalier de vingt marches. Il en est résulté une forte contusion aux régions lombaire et trochantérienne. Son état général n'offre d'ailleurs rien de particulier. Je prescris vingt sangsues sur le point le plus meurtri.

12 août. — Deux jours après on me fait demander à dix heures du soir. Charron est comme fou. On ne peut pas le tenir dans son lit ; il voit des voleurs, des chevaux, des écus, etc., etc. Il se bat, il poursuit les êtres imaginaires qui l'occupent. Tous ses membres tremblent. Le pouls est dur, fort, vif et fréquent, la peau chaude, les yeux animés. Le malade reconnaît les assistants, il répond seulement aux questions qu'on lui adresse; mais au même instant il se retourne pour saisir les *voleurs* ou compter des écus, etc., etc. (Je pratique une saignée de 512 grammes.)

Un peu plus tard son exaspération augmente, il se lève malgré la douleur de sa hanche, il fait plusieurs tours dans sa chambre. Il veut battre sa femme et ses enfants. Pendant ses évolutions la saignée se rouvre, et l'on me rappelle pour arrêter le sang. J'arrive, les voisins sont accourus et ont fait rentrer à grand'peine le malade dans son lit. Je réapplique un appareil sur la saignée, et je

recommande de veiller le restant de la nuit pour éviter de plus graves accidents.

13 août. — Pas de changement. La saignée d'hier offre une forte couenne en champignon. J'en pratique une nouvelle de 512 grammes.

14 août. — Même état. La nuit a été si mauvaise, surtout pour les assistants, que le souvenir de la précédente observation me décide à tenter l'opium à haute dose.

A ma visite du soir, je prescris une potion de 100 grammes avec 2 décigrammes d'extrait d'opium. Pour obtenir un prompt résultat, je prescris d'en donner la moitié tout de suite, et le reste par cuillerée d'heure en heure jusqu'à l'arrivée du sommeil.

15 août. — La nuit a été très-agitée. Le malade a pris les deux tiers de la potion; à cinq heures du matin il s'est endormi. Dès cet instant le tremblement a cessé; il reste encore des rêvasseries. Si l'on réveille le malade il répond assez juste; mais il retombe dans l'assoupissement. Il a vomi une fois vers minuit; il refuse de nouvelles cuillerées à cause de ce vomissement. Le pouls, qui la veille était régulier, offre une intermittence prononcée. Il manque une pulsation sur trois ou quatre, ou bien deux ou trois se succèdent coup sur coup, et sont suivies de plusieurs autres d'une lenteur prononcée. (Je prescris de ne donner de cuillerée de la potion qu'au moment d'un réveil spontané.)

16 août. — On a donné hier trois cuillerées. L'agitation ne s'est pas renouvelée. Le sommeil a continué tout le jour et toute la nuit. Ce matin, quand on éveille le malade, il parle sensément; il n'a plus ni tremblement ni hallucinations. L'irrégularité du pouls a cessé.

18 août. — Le mieux se soutient ; la douleur de la hanche retient seule le malade au lit. Il demande à manger et fait surtout des instances pour obtenir du vin.

P. S. La santé s'est promptement rétablie. Charron a repris ses occupations et ses habitudes de cabaret, dès que la disparition des douleurs des reins et de la cuisse a pu le lui permettre. En ce moment, deux mois après sa maladie, il ne se ressent ni de son accident ni de la complication qui semble en avoir été la conséquence.

CONCLUSIONS.

Il résulte de mes six observations :

1° Que les individus atteints de la chorée simple ou alcoolique peuvent, sans inconvénient, supporter de fortes doses d'opium.

Le n° 1er, la femme Bouto, a pris en trois jours 6 décigrammes (12 g.) d'extrait d'opium.

Le n° 2, Rose Bruno, en a pris plus du double dans le même espace de temps.

Le n° 3, Giraud, a ingéré en cinq jours 18 décigrammes (36 g.) d'extrait d'opium, et absorbé par la peau 25 centigrammes (5 g.) d'hydroch. de morphine.

Le n° 4, la jeune Clémence, a pris en six jours 14 décigrammes (28 g.) d'extrait d'opium sans en être notablement influencée.

Les nos 5 et 6, Thibault et Charron, tous deux atteints de *delirium tremens*, en ont pris, le premier 5 décigrammes (10 g.) en deux jours, et le deuxième 2 décig. (4 g.) en 24 heures.

Le coma, les vomissements, la diarrhée, la suppression des urines, etc., etc., sont des accidents dont il est facile de se rendre maître : *sublatâ causâ tollitur effectus*.

Cessez l'administration du remède aux premiers signes d'intoxication, et vous voyez successivement disparaître chacun de ces accidents.

2° L'opium est un moyen précieux contre les accidents nerveux de la chorée ou du *delirium tremens*. Sur six observations j'ai obtenu cinq guérisons. Une seule chorée, rebelle d'ailleurs à tous les autres moyens, a résisté à des doses énormes d'opium. C'est surtout pour les deux *delirium tremens* que les effets de ce médicament paraissent héroïques.

3° Pour obtenir un résultat, il faut pousser la dose des opiacés jusqu'à production du narcotisme : sans *coma* point de repos ; mais tout cesse comme par enchantement dès que le malade est plongé dans le sommeil narcotique. Si je n'ai obtenu aucun effet chez la petite Clémence, c'est que je n'ai pas pu parvenir à l'endormir. Ai-je été trop timide ? C'est possible.

4° M. Trousseau recommande, dans les cas où les convulsions reparaissent après quelques jours d'intoxication, de donner des bains pendant quatre à cinq jours, et de recommencer ensuite l'administration de l'opium jusqu'à production d'un nouveau coma. Il réitère ainsi tous les huit jours la narcotisation de son malade jusqu'à parfaite guérison. Dans les cinq observations précédentes, le succès a été complet dès les premiers effets de l'opium ; il n'a pas été nécessaire d'y revenir.

Je continuerai mes expérimentations toutes les fois que l'occasion s'en présentera, et je tiendrai la Société au courant des résultats obtenus.

Pleurite simple traitée par les saignées, les vésicatoires et le tartre stibié. — Par M. Iszenard, d.-m.

Lancereau, manœuvre, demeurant à Poitiers, rue des Curés, fut atteint le 4 décembre 1840, à la suite de travaux excessifs, d'une violente douleur de côté. Appelé près de lui, le dimanche 6 décembre, je le trouvai en proie à une fièvre violente; le pouls était fréquent, irrégulier, la peau était sèche et brûlante, la langue rouge, la soif vive; un peu de douleur existait dans la région épigastrique et dans le ventre. Une forte douleur se faisait sentir dans le côté droit de la poitrine et s'étendait de la cinquième à la huitième côte, s'augmentant dans l'inspiration; son mat dans l'étendue de la poitrine correspondant à la douleur : à l'auscultation on percevait le froissement analogue à celui d'un billet de banque, signalé par M. Bouillaud comme produit par le frottement des plèvres. Du reste la respiration se faisait entendre, mêlée seulement d'un peu de râle crépitant à la surface pulmonaire; la plèvre et le poumon gauche étaient parfaitement sains.

Je diagnostiquai une pleurite droite.

Je pratiquai une saignée de cinq cents grammes; je prescrivis une infusion de guimauve édulcorée avec du sirop de gomme, un cataplasme sur la partie droite de la poitrine et sur l'épigastre, un lavement dans la soirée. Le lendemain sept, je trouvai le malade debout; il disait être soulagé par la saignée et n'éprouver aucune douleur pendant les inspirations. Il en exécuta plusieurs devant moi. Cependant le sang tiré la veille formait un caillot compacte, recouvert d'une couenne épaisse et verdâtre, en-

touré d'une assez grande quantité de sérosité également verdâtre.

Malgré ces symptômes d'une vive inflammation de la plèvre, ne pouvant ausculter le malade, je crus cette inflammation en voie de résolution, et je me bornai à prescrire des boissons émollientes et le repos au lit, engageant le malade à se recoucher immédiatement. Dans la soirée la fièvre reparut ; et lorsque je vis Lancereau, le huit au matin, la douleur de côté était aussi vive que la surveille, la langue était rouge, il y avait de la céphalalgie, point de douleur dans le ventre ni à l'épigastre, la matité s'était étendue, un peu d'égophonie indiquait un commencement d'épanchement dans la cavité pleurale. — Saignée de 400 grammes.

Je voulus aussi appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées : les premières étaient trop chères, les secondes trop douloureuses ; du reste, on trouvait que j'avais tiré beaucoup de sang. Je prescrivis des sinapismes aux pieds, ils ne rougirent même pas la peau.

Le soir, j'ordonnai l'application d'un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine ; il ne prit pas.

Le 9, on me dit qu'on pourrait se procurer les remèdes que je jugerais nécessaires. Pensant qu'une application de sangsues ne suffirait pas pour guérir le malade, je préférai profiter du reste de réaction que celui-ci présentait pour lui administrer le tartre stibié, qui réussit d'autant mieux qu'il y a plus de réaction chez le malade. Je prescrivis donc la potion suivante : tartre stibié, 3 décigrammes ; infusion de feuilles d'oranger, 120 grammes ; sirop diacode, 10 grammes ; sirop simple, 30 grammes ; à prendre par cuillerée d'heure en heure. La tolérance fut complète. Je fis appliquer un nouveau vésicatoire,

qui n'eut pas plus de succès que le précédent; des sinapismes aux mollets, qui ne laissèrent aucune trace de rubéfaction après plusieurs heures d'application.

Le 10, le malade est affaissé, toujours assoupi, la respiration est difficile, le pouls est dur et concentré; interrogé, Lancereau divague un peu (mais sa tête est généralement peu solide, il a été fou pendant plusieurs années). Cependant il dit éprouver de la douleur dans le côté lorsqu'il respire et lorsqu'il tousse; du reste, la toux est peu fréquente, il n'y a pas d'expectoration; le malade n'a pas uriné quoique la vessie soit pleine. Cathétérisme; même potion avec quatre décigrammes de tartre stibié; vésicatoire saupoudré de carbonate d'ammoniaque, point de vésication; sinapismes aux jambes, point de rubéfaction.

Le 11, même état; même potion avec cinq décigrammes de tartre stibié sans sirop diacode.

Je revis le malade à deux heures avec notre savant confrère Orillard. Le malade était affaissé, il répondait à peine à nos questions, le pouls était filiforme; Lancereau paraît avoir peu d'instants à vivre. M. Orillard fut d'avis d'insister sur le vésicatoire, que nous convînmes d'appliquer avec l'ammoniaque; ce que je fis en effet avec une rondelle d'amadou imbibée de ce liquide. Le malade accusa une vive douleur qui le tira de l'état de somnolence dans lequel il était plongé; la vésication eut lieu.

Le 12, moins de somnolence, le pouls a plus de développement, le malade se trouve un peu soulagé. Potion avec tartre stibié, six décigrammes.

Le 13, mieux plus prononcé, moins de difficulté à respirer, peu d'égophonie.

La matité de la poitrine diminue; le liquide épanché paraît se résorber; on entretient le vésicatoire. Les

mollets, sur lesquels on n'a pas depuis plusieurs jours appliqué de sinapismes, rougissent; l'on remarque même sur le droit une vésicule.

Le 14, mieux prononcé, moins de difficulté à respirer, peu d'égophonie ; la jambe droite est presque entièrement dépouillée de son épiderme.

15, mieux très-appréciable, le malade respire sans douleur; plus de tartre stibié, potion avec cinq décigrammes de nitrate de potasse.

16 et 17, matité peu étendue, pouls naturel, urines abondantes et chargées ; la jambe gauche se dépouille de son épiderme ; les plaies, qui sont noirâtres, sont lavées avec une décoction de quinquina et pansées avec du cérat. Potion avec le nitrate de potasse.

18, le malade ne souffre plus que des plaies survenues aux jambes ; je le regarde comme étant en pleine convalescence.

Le 20, il entre à l'Hôtel-Dieu, où la convalescence a marché ; il en est sorti guéri vers le milieu de janvier.

Cette observation m'a paru intéressante en ce qu'elle prouve qu'il ne faut jamais abandonner les malades, qu'elle montre ce qu'on peut attendre des révulsifs et du tartre stibié.

Observation sur une méningite aiguë.—Par M. Jolly, d.-m.

Le jeune M...., âgé de 14 ans, d'une constitution peu forte, tombe malade, sans cause appréciable, le 28 février 1841.

Le lendemain 1er mars, ayant été appelé auprès du

malade, j'observai, à neuf heures du matin, les symptômes suivants : figure rouge, conjonctives très-injectées, céphalalgie violente, particulièrement vers la région frontale, peau chaude et sèche, pouls fort et fréquent, langue blanchâtre et humectée, perte d'appétit, soif vive, nausées fréquentes, un vomissement de matières bilieuses, constipation.

La cavité abdominale était souple, la poitrine sans douleur, la respiration facile; les facultés intellectuelles étaient dans leur état normal.

Prescription : saignée du bras de 300 grammes, cataplasmes émollients sur les pieds, application sur le front de compresses imbibées d'oxycrat, boissons délayantes, diète.

Sept heures du soir du même jour. A peu près mêmes symptômes que le matin; mêmes prescriptions, excepté pour la saignée, qui est remplacée par seize sangsues au-dessus des malléoles internes.

2 mars. Figure moins rouge que la veille, céphalalgie moins intense, pouls moins développé, mais aussi fréquent, insomnie. Prescription : cataplasmes aux pieds, application continuelle sur le front de compresses froides, lavement émollient, boissons délayantes, diète.

3 mars. Mêmes symptômes que la veille; application de douze sangsues derrière les oreilles, six de chaque côté.

4 mars. Nulle amélioration dans l'état du malade, pouls fréquent et sans force, alternatives de rougeur et de pâleur de la figure, plaintes continuelles causées par la céphalalgie, qui est devenue plus violente pendant la nuit. Même prescription, excepté les sangsues, qui ont produit une évacuation sanguine très-abondante.

Du 5 au 12 mars. Céphalalgie très-forte le soir et pendant la nuit; violents élancements qui se font ressentir dans la tête et qui reviennent par accès, parfois assoupissement et rêvasseries, de temps en temps délire, une lumière un peu vive ne peut être supportée. Prescription: un vésicatoire au bras, cataplasmes sinapisés aux pieds, continuation de compresses froides sur le front, lavements délayants.

17 mars, 18e jour de la maladie. Gravité plus grande dans les phénomènes morbides, assoupissement fréquent et prolongé dont on retire avec peine le malade, qui se réveille en criant fortement la tête; pouls petit et fréquent, alternatives de rougeur et de pâleur à la figure. Prescription: deux doses d'onguent napolitain double de 8 grammes chacune, pour être employées en frictions sur la cavité abdominale et à la partie interne des cuisses, à 6 heures de distance; cessation des compresses froides sur le front.

18 et 19 mars. Légère amélioration dans les symptômes. Prescription: trois doses par jour d'onguent napolitain double de 8 grammes chacune, employées de la même manière que les premières. Mêmes boissons.

20 mars, 21e jour de la maladie. Mieux très-sensible. Le pouls est moins fréquent, l'assoupissement est plus rare et moins prolongé, les réponses du malade sont plus nettes; les cris, les plaintes et les rêvasseries ont presque entièrement cessé. Prescription: 9 doses d'onguent mercuriel, employées comme les précédentes, trois pour chaque jour; 2 bouillons coupés, tisanes comme à l'ordinaire.

23 mars, 24e jour de la maladie. Tous les symptômes

qui paraissaient annoncer un épanchement séreux ou purulent dans le cerveau sont dissipés ; plus de céphalalgie, plus d'assoupissement, plus de délire, pouls faible, nullement fréquent. Mais là commence une autre série de phénomènes morbides bien pénibles pour le malade. Un léger mal de gorge se fait sentir, les amygdales sont rouges et tuméfiées, la langue est un peu douloureuse et couverte dans toute son étendue d'un enduit jaunâtre très-épais. Prescription : gargarismes adoucissants avec le lait ou l'eau de guimauve, eau gommée pour tisane, cataplasmes sinapisés aux pieds, cessation des frictions mercurielles, 3 bouillons par jour.

24 mars. La gorge est plus douloureuse que la veille, les amygdales sont plus tuméfiées, la langue est rouge dans son pourtour, les gencives de la mâchoire inférieure et surtout celles des dents incisives sont rouges, tuméfiées et douloureuses, point ou peu de salivation. Même prescription que la veille, en recommandant de laver avec soin toutes les parties sur lesquelles les frictions mercurielles ont été faites.

Du 24 au 31 mars. Tous les symptômes de la salivation augmentent d'intensité. Tous les soirs il se manifeste une assez forte fièvre ; la salive découle abondamment ; le malade éprouve continuellement un malaise général et des douleurs violentes dans toute la bouche qui reviennent par accès ; les gencives des incisives inférieures, le pourtour de la langue sont ulcérés et couverts d'un enduit grisâtre ; un goût métallique se fait ressentir dans la bouche, accompagné d'une odeur fétide. Prescription : boissons adoucissantes, gargarismes de même nature, lavements émollients, cataplasmes chauds aux pieds, ap-

plication de compresses imbibées d'eau froide sur les angles de la mâchoire, bain tiède ; pour alimentation, bouillons et laits de poule.

6 avril, 14e jour de la salivation. Même intensité dans les symptômes. Même prescription, en y ajoutant un large vésicatoire au bras droit.

9 avril, 17e jour de la salivation. Amélioration dans tous les symptômes. Même prescription.

12 avril, 20e jour de la salivation. Cessation complète de toutes les douleurs de la bouche, dont les organes sont presque revenus à leur état naturel.

20 avril. Toutes les fonctions assimilatrices marchent franchement et rapidement vers leur état normal, et indiquent une bonne convalescence.

Réflexions. Dans cette maladie comme dans toutes celles qui se sont présentées à mon observation, où j'ai jugé convenable de mettre en usage les évacuations sanguines générales et locales, j'ai toujours fait précéder les sangsues par les saignées. Je pense qu'on doit toujours en agir ainsi, dans la crainte que l'irritation des sangsues, lorsqu'elles sont appliquées immédiatement après le début de la maladie, lorsque la masse du sang circulant dans l'économie est entière, lorsque tous les organes possèdent ce degré d'excitation qui touche de si près à une surexcitation générale, ne vienne augmenter l'action du principe morbifique et favoriser la congestion du point malade au lieu de la diminuer.

A ces avantages, les saignées dérivatives, qu'on peut regarder souvent comme des saignées générales, en joignent un autre qui n'est pas moins important, celui de seconder les efforts de la nature, en dirigeant le sang en plus ou moins grande quantité vers les voies où il doit

passer et s'écouler. On ne doit s'écarter de cette méthode thérapeutique qui est toute rationnelle, que lorsque la constitution, l'âge et les forces du malade y apportent une contre-indication; ce qui se rencontre chez les enfants et les vieillards. Encore voit-on quelquefois chez eux les saignées révulsives faire cesser, comme par enchantement, la maladie. L'observation suivante en est une preuve.

La petite fille de M. R., âgée de cinq ans, fut atteinte le 24 avril dernier de céphalalgie sus-orbitaire, de nausées, de vomissements, de douleurs épigastriques, de fièvre; la soif était vive, la langue rouge sur les bords. La maladie existait depuis deux jours, lorsque je fus appelé auprès de la petite malade. Jugeant que j'avais à faire à une inflammation aiguë de l'estomac, je prescrivis six sangsues sur l'épigastre, des cataplasmes émollients sur le même point, des boissons adoucissantes. Le père de l'enfant me dit de suite qu'il ne pouvait permettre d'appliquer les sangsues sur l'estomac, qu'il en avait vu de trop mauvais effets. Après lui avoir exposé les motifs qui me faisaient agir ainsi, et voyant la vive contrariété qu'il éprouvait, je me décidai à faire appliquer les sangsues aux jambes, trois au-dessus de chaque malléole interne, conseil qui fut adopté avec beaucoup de satisfaction. Une évacuation sanguine très-abondante fut produite par les sangsues, et, peu de temps après cette évacuation, les nausées et les vomissements cessèrent et la fièvre diminua. Le lendemain la petite malade était beaucoup mieux, et cinq jours après elle fut en convalescence, ce qui causa une grande joie dans la maison, et surtout au père de l'enfant qui se réjouissait de l'opposition qu'il avait faite.

Ce fait prouve en faveur de l'avantage des saignées

dérivatives, dans les cas même où il n'y a aucune indication positive qui nécessite d'en faire usage. Elles peuvent faire avorter, comme nous venons de le voir, des maladies graves. C'est l'effet surtout que produisent les saignées générales, particulièrement celles qui sont faites coup sur coup ; en voici un exemple, selon nous, bien frappant.

M. B., âgé de 18 ans, d'une forte constitution, étudiant en médecine, fut atteint le 2 mars dernier des symptômes suivants : céphalalgie violente, figure vultueuse, yeux très-rouges, soif très-vive, langue blanche et assez humectée, peau chaude, pouls très-plein et très-fréquent. Appelé auprès de M. B. le second jour de sa maladie, j'allai le voir à une heure après midi. Je ne balançai pas après l'exploration des symptômes qui viennent d'être notés, et craignant l'affection cérébro-spinale qui existait alors à l'Hôtel-Dieu, à lui faire une saignée de 500 grammes ; sur les trois heures du soir, je lui en fis une autre de la même quantité ; le sang des deux saignées se couvrit promptement d'une légère couenne inflammatoire. Le lendemain le malade se trouva beaucoup mieux, et quatre jours après il n'avait plus de fièvre.

Ici je suis convaincu que la guérison de M. B. est entièrement due aux deux saignées très-abondantes du bras qui ont été faites ; il est à croire que des sangsues, appliquées même en très-grand nombre à la base du crâne, en supposant qu'elles n'eussent pas augmenté l'affection cérébrale, n'auraient pas obtenu de si grands résultats.

Mais revenons à ma première observation ; malgré les saignées générales, révulsives et locales et tous les moyens auxiliaires, je voyais avec peine la maladie du jeune M... faire chaque jour des progrès. Je différais l'application des

vésicatoires aux jambes, à cause de la vive agitation qui continuait d'avoir lieu. Je pensais, d'ailleurs, que ces agents modificateurs ne devaient être mis en usage qu'au moment où les symptômes de la débilité se joindraient à ceux de l'épanchement. Appliqués trop tôt, leur action stimulante pouvait se réfléchir sur le point malade et augmenter la force des mouvements d'excitation.

Cependant j'étais arrivé au point où il était nécessaire de modifier ou de changer entièrement la méthode thérapeutique suivie jusqu'alors. D'après l'état du malade, je crus avantageux d'ajourner encore les vésicatoires aux jambes, d'employer de suite à fortes doses, selon les observations de M. le docteur Mazade, l'onguent napolitain double, et de supprimer les applications froides sur la tête.

L'amélioration que j'espérais du nouveau moyen thérapeutique ne se fit pas longtemps attendre. Dès le second jour de son usage, un léger mieux se manifesta; et dans cinq jours de temps, en continuant de l'employer, il ne fut plus question de symptômes cérébraux annonçant l'épanchement, mais bien de ceux qui faisaient craindre la salivation.

Certes, je fus affligé plus tard des douleurs et de l'anxiété que produisait la nouvelle affection du jeune M...., mais je me trouvai heureux d'avoir conjuré les dangers qui le menaçaient si vivement, et de voir une méthode thérapeutique qui n'a encore été employée que très-rarement dans les méningites, être couronnée de succès. Je crois même qu'on n'y a point eu recours dans une période aussi avancée que celle dans laquelle je l'ai employée; ce qui constitue un fait qui mérite, sous tous les rapports, d'être signalé.

Névralgie de la tête et du pharynx simulant la fièvre intermittente pernicieuse. — Par M. Bonneau, d.-m. à Vouzailles.

Jacques Airault, journalier, âgé de 48 ans, fut pris au commencement de mai dernier de douleurs de tête et d'étourdissements qui le privaient de sommeil, au point qu'il passait une partie des nuits sur son séant, souvent assez agité pour émettre des idées très-incohérentes. Le 20 mai je vis cet homme, à qui je pratiquai une saignée de bras de 500 grammes; puis je prescrivis des bains de pieds sinapisés et quelques lavements purgatifs. Sous l'influence de ce traitement l'état du malade s'améliora; mais quelques jours après il fut pris de fièvre intermittente tierce qui céda à l'usage du sulfate de quinine.

Le 16 juin, cet homme se sentant mieux, fut essayer de travailler aux vignes; mais, après une heure de travail, il éprouva un étourdissement qui le fit tomber à la renverse, et l'obligea, à l'aide de son fils, à regagner sa maison. Arrivé chez lui, il fallut trois hommes pour le coucher et le contenir dans le lit. Trois heures plus tard je fus mandé, et me rendis immédiatement auprès de ce malade, que je trouvai assis sur son séant dans un délire tel, qu'il avait peine à me reconnaître; criant, vociférant sans relâche, et de temps en temps bondissant sur son lit avec des cris affreux. Chez lui le pouls était lent, dépressible, la langue pâle, point d'injection sanguine aux sclérotiques; cependant les yeux étaient hagards, la face animée, et parfois il se frappait les poings l'un contre l'autre avec une violence extraordinaire. A la vue de ce malade, croyant avoir affaire à une encéphalite, je voulus

pratiquer une saignée de bras, que je ne pus faire agréer à mon homme; car, à la simple vue de mon lancetier, il criait et se dressait sur son lit avec une telle force, que quatre hommes avaient peine à le contenir. Il refusait également de boire avec une telle opiniâtreté, qu'ayant voulu lui faire avaler une cuillerée d'eau sucrée, elle faillit produire l'asphyxie.

Dès lors renonçant à la saignée, je pensai que mon malade n'était point atteint d'une encéphalite, mais bien d'une violente névralgie. Ce diagnostic porté, je me rendis chez moi avec un commissionnaire à qui je remis trente gouttes de laudanum de Rousseau, avec ordre de faire avaler le tout dans dix minutes. Je prescrivis aussi des réfrigérants autour de la tête. Les personnes présentes, effrayées de ce mot d'opium que, sans attention, j'avais laissé échapper, n'exécutèrent point ma prescription. Le lendemain matin je retournai auprès de cet homme, que je trouvai dans le même état que la veille, ayant passé une nuit très-agitée. Après de vifs reproches adressés aux parents sur leur négligence, je lui fis prendre moi-même le laudanum envoyé, et cela avec difficulté. Un quart d'heure après, la voix de mon homme, qui jusque-là s'était soutenue très-forte, a commencé à faiblir, et le sommeil l'a gagné. Deux heures plus tard il s'est réveillé un peu fatigué, mais ayant retrouvé toute son intelligence qui ne l'a pas quitté depuis.

A quoi attribuer, pendant 24 heures, une agitation et un délire aussi violents, qui ont cédé comme par enchantement à trente gouttes de laudanum, si ce n'est à une névralgie ? En effet, il n'y avait rien là qui ressemblât à une encéphalite; car, si ce malade eût été atteint de cette dernière maladie, il n'aurait pas été guéri si rapidement,

et la maladie n'aurait pas acquis un degré d'exaspération aussi fort dans un si bref délai.

Observations de méningite. — Par M. Litardière, d.-m.

Depuis plus de huit jours, M..., jardinier, âgé de 20 ans, d'une forte constitution, se plaignait de mal à la tête. Pendant qu'il travaillait, il était pris parfois de douleurs plus vives qui le forçaient à s'arrêter quelques instants, puis il pouvait reprendre son travail ; accident qui se renouvela plus souvent, à mesure que la maladie faisait des progrès. Enfin la céphalalgie devint si forte, qu'il fut obligé de se mettre au lit le 18 juillet 1839.

Le 18, dans la soirée, je lui pratique une saignée de 3 palettes, oxycrat sur le front. Le lendemain 19, pas de mieux : le malade a eu du délire ; pupilles dilatées, front très-chaud, agitation continuelle, pouls 90 pulsations à peu près ; saignée 4 palettes, compresses d'oxycrat, sinapismes qui furent promenés sur les membres inférieurs. A deux heures après midi, même état; nouvelle saignée de 4 palettes, calomélas 3 décigrammes, résine de jalap 30 centigrammes ; au soir, pouls moins dur, mais aussi fréquent, yeux brillants, parole brève. Le 20, 5 selles par suite du calomélas : la nuit avait été très-mauvaise, beaucoup d'agitation, délire complet, paraissant ne connaître personne : 18 sangsues au niveau des apophyses mastoïdes, vésicatoires aux deux jambes. Les piqûres de sangsues donnèrent jusqu'au lendemain 21 ; pendant la nuit survint un épistaxis abondant qui inquiéta les parents par sa longue durée.

A dater de ce moment, le malade recouvra sa connaissance, manifesta son étonnement de ne s'être nullement aperçu de ce qu'on lui avait fait; il ne délira plus, son mal de tête diminua, la convalescence commença. La céphalalgie persista encore à un faible degré plus d'un mois, pendant lequel j'administrai quelques purgatifs.

Ce malade a eu au mois de septembre 1839 des fièvres intermittentes qui cédèrent au sulfate de quinine après trois récidives. Il éprouva des douleurs de tête inséparables des accès, mais qui disparurent avec les fièvres.

J'ai pensé avoir eu affaire à une méningite, qui m'inspirait d'autant plus de craintes que les premiers moyens employés n'avaient nullement amélioré l'état du malade. L'épistaxis a, je crois, dans cette circonstance, jugé la maladie, a été une crise naturelle. Je parlai de ce fait à M. le docteur Pommier, qui ne douta pas que l'épistaxis avait été déterminé par l'application des sangsues, basant son opinion sur plusieurs observations de méningite qu'il avait eu à traiter à Pau. Beaucoup de soldats à qui on avait appliqué des sangsues eurent des épistaxis, phénomène qui ne se manifesta pas chez ceux qui n'eurent pas de sangsues.

Le 15 janvier 1840, le nommé D..., vigneron, âgé de 21 ans, tempérament sanguin, se sent indisposé, accuse un mal de tête avec sensation d'un poids. Le lendemain 16, il ne peut vaquer à ses affaires. Tout à coup son mal de tête devient plus violent; il pousse un cri, et peu de temps après a des convulsions. Tous les muscles de la face se contractent alternativement, ce qui faisait faire au malade les grimaces les plus bizarres, les yeux exécutaient des mouvements très-rapides, personne n'osait le regarder; pupilles très-contractées; les mâchoires

serrées exécutaient des mouvements latéraux précipités, les membres s'agitaient assez souvent : trois hommes étaient nécessaires pour contenir le malade ; les accès duraient plus ou moins longtemps, de 5 minutes à un quart d'heure.

Appelé auprès du malade le soir, j'ai été témoin d'un accès. Le pouls est fort, ne donnant que 80 pulsations. Saignées 4 palettes, potion antispasmodique, sinapismes. Le lendemain 17, la nuit avait été sans sommeil ; il avait eu plusieurs accès, il parlait à peine quand on lui adressait la parole ; pouls 90 pulsations, front chaud : saignée 4 palettes ; même potion, compresses imbibées d'oxycrat sur le front, sinapismes appliqués successivement aux mollets, aux cuisses. Le soir, pas de mieux ; saignée 3 palettes, potion supprimée. Le 18, le pouls augmente de fréquence ; peau plus chaude, face toujours animée : il paraît n'entendre ni connaître ceux qui l'entourent ; il n'est cependant pas insensible. Nouvelle saignée de trois palettes, sinapismes, compresse froide sur la tête. Les convulsions apparaissent toujours. Les parents font appeler le docteur Lamoureux en consultation. Le soir, nous vîmes le malade ensemble : état plus grave ; les accès se sont renouvelés une et deux fois par heure, pouls très-fréquent sans dureté. Les avant-bras sont fléchis ; il a fallu un certain effort pour les étendre. 20 sangsues derrière les oreilles, vésicatoires aux jambes après la chute des sangsues. Les piqûres donnèrent abondamment toute la nuit, et une partie de la journée du 19. Au matin, mieux sensible ; le malade a été plus calme aussitôt la chute des sangsues ; il n'a eu qu'un accès dans le courant de la nuit, et a recouvré la raison. A dater de cette époque, le mieux a continué sans entraves ; le 27 janvier on

a fait guérir les vésicatoires, et le 15 février le malade a pu reprendre ses occupations.

Le nommé Chêne, maçon, âgé de 18 ans, tempérament lymphatico-sanguin, se sentait un peu indisposé depuis quelques jours, lorsque le 17 novembre 1840 il travailla beaucoup, et fut obligé, quoiqu'ayant chaud, de se mettre les jambes dans l'eau froide pour secourir des individus retenus dans leurs maisons par le débordement du Clain.

Trois jours après, 20 novembre, il fut pris d'un violent mal de tête; dans la nuit du 22, il est atteint de convulsions épileptiformes; des bâillements précédaient constamment les accès, et servaient d'avertissement à deux gardiens qui aussitôt se mettaient en mesure de contenir le malade. Les accès étaient rares; les parents, qui croyaient que leur fils était devenu épileptique, ne se pressèrent pas d'appeler un médecin. Mais les accès se multipliant, je fus appelé le 24 dans l'après-midi. Je fus témoin d'un accès; le malade était sans fièvre, pupilles contractées, indifférence complète pour tout ce qui l'entourait; il répondait difficilement aux questions qu'on lui adressait, l'œil était immobile, sa physionomie sans expression, ne connaissant aucun de ceux qui l'abordaient. Saignée de 600 grammes, sinapismes. Le 25, à 9 heures du matin, pas de mieux; nouvelle saignée. De 9 heures du matin à 4 heures du soir, il eut 10 accès. 18 sangsues furent appliquées aussitôt derrière les oreilles. A 10 heures du soir, des vésicatoires furent mis aux mollets; les convulsions devinrent moins rapprochées, et ne reparurent plus à dater de cette époque.

Le 26, à 8 heures du matin, il ne m'a pas paru avoir recouvré sa connaissance; mais peu de temps après, il

reconnut les personnes qui venaient le visiter. Le pouls donnait 90 pulsations ; les piqûres de sangsues saignèrent pendant 23 heures. Le mal de tête diminua peu à peu, sans qu'il fût nécessaire de recourir à de nouveaux moyens, et disparut 8 jours après le recouvrement de la raison. On fit alors sécher les vésicatoires.

Ce malade, qui avait été sans connaissance, mais sans délire, du 24 au 26, conserva encore pendant deux mois une sensation désagréable dans les membres, de la faiblesse dans les extrémités inférieures. Toutes ces incommodités finirent par disparaître, et Chêne put depuis ce temps se livrer à ses travaux habituels.

Ces trois observations m'ont paru assez concluantes pour constater l'utilité des saignées locales dans les affections cérébrales aiguës, leur supériorité sur les saignées du bras. Il m'a semblé que dans ces maladies il ne suffisait pas d'enlever à l'économie tout entière une masse de sang plus ou moins considérable ; mais qu'il fallait surtout aller au devant d'une réaction, empêcher l'abord vers le cerveau d'une quantité de sang capable d'entretenir la phlegmasie, et soustraire ce sang à mesure qu'il arrivait, lui ôter la possibilité de séjourner.

Les sangsues mises en nombre suffisant, et donnant lieu à un écoulement de sang permanent pendant plusieurs heures, soit par les mêmes piqûres, soit par des applications successives de ces annélides, dégorgent les veines encéphaliques assez rapidement, débarrassent le cerveau assez promptement et d'une manière continue. Ce dernier avantage ne peut trouver son équivalent, et n'expose pas l'encéphale à une spoliation rapide du sang, suivie, peu d'instants après, d'une réaction, laquelle est naturellement favorisée par l'immobilité de l'enveloppe osseuse

qui ne peut revenir sur l'organe qu'elle protége, et par l'élasticité expansive de l'encéphale.

Les saignées générales copieuses jettent souvent le malade dans le collapsus, sans améliorer la maladie cérébrale. Aussi il faut bien se garder d'insister sur ce moyen, lorsque les premières saignées n'auront pas produit le mieux qu'on se flattait d'obtenir.

A ces observations je peux en joindre une autre non moins concluante.

Mademoiselle L..., âgée de 4 ans, se plaint de la tête le 14 mars dernier, au matin; douleur obtuse, bientôt accompagnée d'un assoupissement dont on a peine à tirer la malade qui s'endort sur-le-champ. Tout ce qu'elle introduit dans son estomac est vomi aussitôt.

Appelé vers midi, je trouve la malade dans un assoupissement profond, face animée, yeux fermés; elle les ouvre quand on lui imprime des secousses, pour les refermer aussitôt, ne répondant pas aux questions qu'on lui adresse; elle poussait un cri d'impatience, et voulait toujours dormir. La peau était chaude, le pouls fréquent et fort, pupilles dilatées.

On lui applique aussitôt 4 sangsues derrière les oreilles, puis les sinapismes aux pieds après la chute des annélides, avec recommandation de faire beaucoup saigner les piqûres, et, dans le cas où elles cesseraient de donner du sang, appliquer deux nouvelles sangsues. Ces dernières eurent besoin d'être appliquées.

A six heures du soir, je trouvai la malade beaucoup mieux; depuis la chute des sangsues, plus de vomissements : il restait encore une tendance à l'assoupissement, mais les yeux pouvaient rester ouverts. La malade répondait aux questions qu'on lui adressait, accusait mal à la tête.

Je conseillai d'appliquer deux nouvelles sangsues, dans le cas où les piqûres cesseraient de donner avant minuit, et prescrivis une potion avec l'huile de ricin à prendre par cuillerée jusqu'à effet purgatif. Deux nouvelles sangsues furent appliquées ; à minuit on entoura d'un linge le cou de l'enfant, et les piqûres s'arrêtèrent d'elles-mêmes. La potion produisit trois selles dans lesquelles on n'aperçut aucun ver. Le lendemain 15, la jeune malade ne se plaignait de rien, voulait à toute force manger ; il ne lui restait que de la pâleur. Je n'ai plus entendu parler d'elle depuis ce temps-là.

Hydro-pneumo-thorax consécutif à une phthisie. — Par M. Brossard, d.-m.

Julien, âgé de 23 ans, soldat d'infanterie, est grand, mince, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique. Sa peau est blanche, ses cheveux châtains, ses membres longs, peu musclés, sa poitrine peu développée.

Son père est mort à 57 ans ; sa mère à 39, d'une maladie de langueur ; elle toussait beaucoup.

Julien s'était toujours bien porté pendant sa jeunesse. Il s'est engagé à 18 ans, et a continué à jouir d'une bonne santé, tant en France qu'en Afrique, où il est allé en 1840. Employé dans l'armée active, il a couché au moins six mois dehors pendant l'année 1840 ; souvent il couchait dans la boue. Sa santé a parfaitement résisté à cette épreuve, et il ne s'est même pas enrhumé. Mais en 1841, après être resté longtemps à Miliana, bloqué par les Arabes, manquant de tout, forcé de se nourrir presque

exclusivement de végétaux, il a contracté un rhume violent et il est entré à l'hôpital. Il en est sorti après quinze jours, toussant encore, et il a été placé aux avant-postes, où il travaillait à des redoutes par le plus mauvais temps. Un jour que les Arabes avaient attaqué les avant-postes, Julien poursuivit longtemps l'ennemi avec sa compagnie. En revenant, il tomba tout à coup, le 9 avril 1841, éprouvant dans la poitrine un coup violent. Il perdit immédiatement connaissance. Pendant trois jours, il eut du délire et son état fut très-inquiétant. On le saigna quatre fois, et on lui appliqua des ventouses scarifiées sur le côté gauche. Il avait beaucoup de fièvre et une grande douleur au côté gauche de la poitrine et à l'épaule gauche. Il ne respirait qu'avec beaucoup de peine; il se croyait toujours sur le point d'étouffer. Un vésicatoire, et plus tard un cautère, lui furent appliqués sur le côté gauche. Du 9 avril au 27 mai, l'état du malade s'améliora, mais il avait encore beaucoup de fièvre, toussait, et respirait avec peine, plus facilement cependant que dans les premiers jours de sa maladie. Il fut transporté à Alger, puis à Toulon, où il entra à l'hôpital pour se remettre des fatigues du voyage, et vint à Thouars. Il y resta deux mois; ne se trouvant pas mieux, il vint à l'hôpital de Poitiers au mois de novembre 1841.

A son entrée à l'hôpital, Julien éprouve une douleur assez vive au niveau du diaphragme. Il souffre peu du côté. Quand il marche, il ressent des battements de cœur très-forts. Quand il est au lit, il respire facilement; mais dès qu'il parle ou qu'il fait des mouvements un peu violents, la dyspnée reparaît. Il tousse, il éprouve tous les soirs une grande lassitude; le pouls est à 80. Il n'y a pas de diarrhée, ni de sueurs partielles. Julien nous assure

qu'il avait toujours senti son cœur à gauche, et que lorsqu'il reprit connaissance après son accident, il fut fort étonné de le sentir battre à droite. Il en parla à son médecin qui vérifia le fait.

La poitrine est plus bombée à gauche qu'à droite ; les espaces sus et sous-claviculaires, ainsi que les espaces intercostaux, ne sont pas déprimés comme de l'autre côté. Le malade étant couché sur le dos, la partie antérieure du poumon gauche donne un son tympanique par la percussion. A droite, le cou est normal en haut ; en bas et en avant il est obscur, ce qui tient à la présence du cœur dans ce point. Le foie paraît abaissé, on le trouve facilement au-dessous des côtes. La résonnance de la voix est nulle dans tout le côté gauche de la poitrine, la respiration ne s'entend pas du tout dans ce poumon.

Lorsque le malade est assis ou debout, la percussion donne une résonnance tympanique dans la partie supérieure du poumon gauche; mais à partir de la cinquième côte supérieure, jusqu'à la base de la poitrine, il existe une matité absolue. Du reste, la respiration ne s'entend ni en haut ni en bas, excepté dans un point très-limité qui correspond à la racine des bronches. Il y a du souffle dans ce point.

On constate facilement la présence du cœur dans le côté droit de la poitrine, au delà du bord droit du sternum. Ses bruits sont forts, mais conservent leurs caractères normaux ; en percutant Julien dans différentes positions, on obtient toujours un son mat dans le point le plus déclive du poumon gauche, et un son tympanique dans le point supérieur.

Si on ausculte le côté gauche de la poitrine, le malade

reposant sur le dos, on distingue une respiration très-amphorique; et lorsqu'on le fait parler, on entend une résonnance métallique très-prononcée.

Lorsque le malade s'assied, le bruit amphorique cesse, et la résonnance métallique diminue; on l'entend seulement dans la partie supérieure du poumon gauche. De temps en temps, on entend des bouillonnements dans la poitrine; ce sont des bulles qui semblent traverser un liquide et venir crever à sa surface. On perçoit le même son en auscultant un vase dans lequel il y a un liquide en ébullition, ou plutôt en soufflant avec un tube dans une carafe à moitié pleine d'eau, le tube étant plongé dans le liquide.

Si on fait agiter le malade pendant qu'on l'ausculte, on entend un bruit semblable à celui que l'on obtient en agitant une bouteille à moitié pleine. Ce bruit est si fort, que des soldats placés à 5 ou 6 pas l'entendent très-bien.

La respiration est puérile à droite. Peu à peu l'air disparaît dans le côté gauche, et est remplacé par du liquide. Quand Julien quitte l'hôpital au mois de février, les bruits qu'on entendait dans le côté gauche ont disparu. Il y a matité absolue jusqu'à la clavicule.

Julien a une constitution qui semble le disposer à la phthisie. Sa mère est probablement morte de cette maladie. Le genre de vie qu'il a mené en Afrique est bien propre à développer des tubercules. D'abord il s'enrhume, et tout à coup perd connaissance après avoir ressenti à la poitrine une douleur très-vive, comme si on lui avait injecté dans la plèvre un liquide irritant. Un traitement antiphlogistique calme les accidents, mais ne guérit pas le malade. Il nous assure que son cœur, primitivement à

gauche, est passé à droite après l'accident. Tous les signes de l'hydro-pneumo-thorax se trouvent réunis dans cette observation.

N'est-il pas probable que cet homme, atteint d'une phthisie chronique, a eu une rupture dans la plèvre, après les efforts violents auxquels il s'était livré en poursuivant l'ennemi, et que le pus et l'air ont déterminé la pleurésie aiguë qu'on ne peut pas méconnaître? On explique très-bien ainsi l'hydro-pneumo-thorax ; et le cœur a été refoulé à droite, comme les espaces inter-costaux et sous-claviculaires l'ont été en dehors. La fistule pulmonaire existait sans doute au-dessous du liquide ; on comprend ainsi très-bien comment des bulles d'air entrant par la fistule du poumon, venaient crever à la surface du liquide épanché dans la plèvre. La respiration était puérile à droite, parce que le poumon gauche ne respirait pas.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?

Adèle G., âgée de 15 ans, non encore réglée, en apprentissage à Poitiers, éprouva pendant les mois de janvier et de février une grande anorexie. Elle n'était pas malade, dit-elle, mais plus faible qu'à l'ordinaire. Après six semaines de cet état, elle ressentit de violentes douleurs de tête, des coliques, et ses forces l'abandonnèrent. Elle s'alita, et quelques jours plus tard se fit transporter à St-Benoît.

Appelé auprès d'elle, le 7 février 1842, je la trouvai au lit, en proie à une fièvre ardente. Elle se plaignait d'une violente céphalalgie frontale. Son ventre était douloureux, mais souple; elle avait eu 15 selles dans la

journée. Pas d'épistaxis, pas de pétéchies, la langue n'était ni rouge ni sèche.

Je diagnostiquai une fièvre typhoïde. A peine avais-je prononcé ce mot, que les parents me dirent que leur fille sortait d'une maison où plusieurs personnes avaient eu cette maladie. Je les questionnai à ce sujet, et j'appris qu'Adèle était apprentie chez Mme U..., que le fils de cette dame avait eu la fièvre typhoïde au mois de novembre, et sa fille un mois plus tard; qu'elle en avait été atteinte elle-même après ses enfants.

Adèle avait soigné ces trois malades, elle avait couché dans leur chambre, et même dans les draps de la demoiselle U... Elle n'éprouva d'abord aucun accident, mais enfin ses forces diminuèrent, et elle contracta l'entérite folliculeuse pendant la convalescence de Mme U...

Ce fait me paraissant curieux et digne de vous être présenté, je voulus, pour que mon diagnostic ne pût pas être contesté, montrer ma malade à un praticien exercé.

M. le secrétaire de la Société, qui avait traité les trois premiers malades, voulut bien contrôler mon diagnostic; il le trouva juste.

Adèle n'a pas été très-gravement malade, et après trente-cinq jours de maladie elle retournait à la campagne. (Je l'avais fait transporter à Poitiers dès les premiers jours de sa maladie.)

Vous savez, Messieurs, qu'un grand nombre de médecins nient la contagion de la fièvre typhoïde. La plupart des médecins de Paris professent cette opinion. MM. Velpeau, Trousseau et Rostan, un grand nombre de médecins de province, et entre autres M. Bretonneau, soutiennent une opinion contraire. D'où vient

cette divergence d'opinions? Uniquement, suivant moi, de ce qu'il est fort difficile à Paris de savoir comment la maladie a été transmise ; tandis qu'en province, surtout dans les petites localités, on suit souvent très-facilement la transmission de l'affection. Certes, de ce que l'on ne peut pas, dans la plupart des cas à Paris, découvrir comment la fièvre typhoïde a été contractée, il ne faut pas conclure qu'elle ne soit pas contagieuse ; car tous les médecins qui ont observé avec soin les maladies contagieuses, dans les hôpitaux de Paris, ont remarqué que le plus souvent les malades ignorent comment la maladie leur est venue. Cela n'engage cependant personne à nier la contagion de la variole ou de la rougeole. Des auteurs ont prétendu que si la maladie qui nous occupe était contagieuse, on la contracterait infailliblement toutes les fois que l'on serait en rapport avec des malades qui en seraient atteints. Si cela n'a pas lieu, c'est que l'on n'est pas toujours apte à la contracter ; mais à la longue on finirait par en être atteint. C'est ce qui arrive aux sœurs des grands hôpitaux et aux infirmiers.

L'habitation récente dans une grande ville a paru à beaucoup de médecins avoir une grande influence sur le développement de la fièvre typhoïde. C'est presque la seule de toutes les causes énumérées par les auteurs qui n'ait pas été contestée. Il est facile de se rendre compte de l'action de cette cause, qui en effet est incontestable. Il vient à Paris, de tous les points de la France, des étudiants, des ouvriers, des soldats, etc. Ils sont jeunes, et par conséquent dans l'âge où la fièvre typhoïde se montre le plus souvent. Ils viennent de pays où cette maladie n'existe pas d'une manière permanente. Souvent ils n'ont pas été exposés à la contracter ; cependant ils sont

aptes à en être atteints. Lorsqu'ils arrivent dans une ville où la maladie sévit constamment, ils la contractent comme des hommes non vaccinés arrivant à Paris contracteraient la variole. Il est vrai que l'on a observé la fièvre typhoïde à peu près partout ; mais il est des lieux où elle ne paraît que de loin en loin. En effet, ne tombe-t-il pas sous le sens que dans les campagnes, où les hommes ne sont pas réunis en grand nombre, si elle se montre, elle sévira contre les personnes aptes à la contracter qui seront en rapport avec les malades, et quand elle les aura frappés, elle s'éteindra d'elle-même ? Elle peut de longtemps ne pas reparaître dans les mêmes lieux, et de longtemps les personnes qui les habitent ne pourront pas en être atteintes. Ce raisonnement ne s'applique qu'aux petites localités ; mais il y a beaucoup plus d'hommes dans les campagnes que dans les villes. C'est l'observation qui doit décider cette question ; elle le serait, je crois, depuis longtemps, si les médecins n'y avaient pas mis jusqu'ici un peu d'indifférence.

M. le docteur Barrilleau a soigné récemment, dans une même maison, quatre personnes atteintes consécutivement de fièvre typhoïde ; une a succombé, trois ont guéri.

Si l'on parvient à démontrer la contagion de la fièvre typhoïde, on en diminuera beaucoup la fréquence en isolant les malades.

Observation d'épilepsie guérie par le sulfate de quinine donné à haute dose, aidé de l'application de plusieurs cautères à la nuque. — Par M. Quotard, d.-m.

M. C..., âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament bilieux-sanguin, d'une constitution peu forte, mais doué toutefois d'une bonne santé, se livra pendant sa jeunesse à la masturbation. Cette fâcheuse habitude porta une rude atteinte à toute son économie, et donna lieu à un affaissement extrême des forces physiques et morales, à des pertes séminales très-fréquentes, et, pour corollaire de tout cela, à des accès d'épilepsie bien constatés par un confrère éclairé, qui lui a donné pendant longtemps des soins assidus et surtout fort rationnels. C'est à lui que M. C.... doit la cessation des pertes séminales; car c'est d'après son avis que l'on a porté le caustique sur la partie prostatique du canal de l'urètre, parce qu'il pensait que l'engorgement de la prostate pouvait bien être considérée comme la cause des émissions de sperme; et il avait raison de voir ainsi, car celles-ci n'eurent plus lieu sitôt après la cautérisation. L'honorable confrère espérait atteindre un double but par ce moyen thérapeutique, et arrêter l'épilepsie dans sa marche; car, cette dernière affection ayant apparu à la suite des pertes séminales, il pensait en esprit droit et logique qu'en obtenant leur guérison, on pourrait bien obtenir aussi la cessation des attaques d'épilepsie. Malheureusement il n'en fut pas ainsi, et, bien que la cautérisation fût suivie d'un plein succès quant à l'affection des organes de la génération, l'épilepsie n'en persista pas moins; les accès furent même en augmentant, et se rapprochèrent au point que dans une nuit il y en eut quatre des plus violents qui laissèrent

après eux une *quasi* paralysie de la langue, puisqu'il ne pouvait lui faire exécuter que des mouvements très-bornés, et l'usage n'en revint qu'après une large saignée. Il faut dire encore qu'à la suite des précédents accès, mais surtout du dernier, il était survenu un trouble dans l'intelligence, avec perte de mémoire, et une difficulté extrême de coordonner deux idées. Ce désordre des fonctions intellectuelles obligea le malade à suspendre les travaux de cabinet auxquels sa position le forçait de se livrer, et le 10 mars dernier il revint dans sa famille, où je fus appelé à lui donner des soins. Tout d'abord et en raison de la gravité de la maladie, je demandai qu'un confrère me fût adjoint: M. le docteur Chevalier fut désigné; et tous deux, après examen fait du malade, et nous être bien informés de tout ce qui avait précédé, éclairés que nous étions par les détails bien circonstanciés qui nous avaient été fournis par le confrère dont j'ai déjà parlé, convînmes d'employer la méthode de traitement qui a si bien réussi dans bon nombre de cas à M. le docteur Piorry, professeur à la faculté de médecine de Paris. Comme lui, nous eûmes recours à un agent thérapeutique puissant, le sulfate de quinine, donné progressivement à haute dose; mais nous ajoutâmes à cette médication, ou plutôt nous la fîmes marcher de front avec l'application de plusieurs cautères à la base du crâne.

Voici quelle fut notre manière de procéder :

Le 11 mars 1841, application de deux cautères à la nuque avec la poudre de Vienne; prescription de trente-deux pilules de sulfate de quinine d'un décigramme chacune, avec injonction d'en prendre huit par jour, les 11, 12, 13 et 14.

Les 15, 16 et 17, un gramme de sulfate de quinine par jour.

Les 18, 19 et 20, un gramme huit décigrammes de sulfate de quinine par jour.

Les 21, 22, 23 et 24, deux grammes de sulfate de quinine par jour. A la suite de cette dose, le malade éprouvant une légère douleur à l'épigastre, accompagnée d'un peu de chaleur à l'abdomen, je le laisse reposer un jour.

Les 26, 27 et 28, deux grammes de sulfate de quinine par jour.

Les 29, 30 et 31, suspension du traitement.

Les 1er, 2 et 3 avril, deux grammes de sulfate de quinine par jour.

Le 4, repos.

Les 5, 6, 7 et 8 avril, le malade prend deux grammes trois décigrammes de sulfate de quinine par jour.

Les 9, 10 et 11, repos. Les deux cautères appliqués le 11 mars étant guéris, on en place deux autres un peu au-dessous.

Les 12, 13, 14 et 15, prescription de deux grammes cinq décigrammes de sulfate de quinine par jour, pris en trois fois. Jusque-là le sulfate de quinine n'avait donné lieu à aucun dérangement, il y avait eu tolérance de la part des voies digestives, car le malade avait conservé un excellent appétit, ses digestions se faisaient bien, les défecations étaient régulières. Mais sous l'influence de cette dernière dose (deux grammes cinq décigrammes par jour pendant quatre jours), j'observai les phénomènes suivants : le bout de la langue était rouge, l'estomac douloureux et un sentiment de chaleur s'y faisait sentir, constipation, appétit moindre, éructations, di-

gestions pénibles ; le pouls était dur, serré, un peu plus fréquent qu'à l'état normal; la face chaude, injectée, ouïe dure, vertiges, engourdissement des facultés mentales. Les symptômes que je viens d'énumérer dépendaient évidemment de l'action du sulfate de quinine, et leur persistance, si elle avait eu lieu, m'aurait empêché de continuer cette médication; mais quelques jours de repos donnés au malade les firent disparaître bien promptement, car, dès le premier jour de la suspension de l'emploi du sulfate de quinine, tous ces phénomènes diminuèrent d'intensité, et le second jour tout était rentré dans l'ordre.

Je laissai donc reposer le malade jusqu'au 23 avril, époque à laquelle je prescrivis encore pour ce jour-là et pour les 24, 25 et 26, deux grammes cinq décigrammes de sulfate de quinine par jour, pris également en trois doses.

Les 27, 28, 29 et 30 avril, les 1er et 2 mai, repos.

Les 3, 4, 5 et 6 mai, deux grammes cinq décigrammes de sulfate de quinine par jour.

Les 7, 8, 9, 10 et 11, repos.

Les 12, 13, 14 et 15, deux grammes cinq décigrammes de sulfate de quinine par jour.

Les 16, 17, 18 et 19, repos.

Toutes les fois que le sulfate de quinine a été administré à la dose de deux grammes cinq décigrammes, les voies digestives, la circulation et le cerveau, ont constamment ressenti et manifesté les mêmes effets; mais aussi la suspension du médicament a été également suivie, comme la première fois, de la cessation assez prompte des symptômes dont son administration avait été cause.

Néanmoins, en présence de ce trouble apporté aux principales fonctions de l'économie, je n'osai porter le sulfate de quinine à une dose plus élevée; du reste, j'avais atteint mon but, puisque le malade n'avait éprouvé aucun accès d'épilepsie depuis que je l'avais soumis à ce traitement. Je crus qu'il était convenable et peut-être prudent de ne point cesser tout à coup l'emploi d'un moyen si énergique, et je commençai à le donner à une dose décroissante.

Les 20, 21, 22 et 23, je fis prendre au malade un gramme de sulfate de quinine par jour, en deux fois.

Les 24, 25, 26 et 27, repos.

Les 28, 29, 30 et 31 mai, huit décigrammes de sulfate de quinine par jour.

Enfin, M. C.... se trouvant parfaitement bien, est parti de Poitiers le 5 juin pour aller reprendre ses travaux. La méthode curative à laquelle il a été soumis a été si efficace, que pendant son séjour chez ses parents il n'a éprouvé aucun accès d'épilepsie, et que par son influence il a recouvré la mémoire, la possibilité de penser, de parler et d'écrire, comme avant qu'il fût atteint de cette triste maladie, qui avait déjà quatre années au moins de durée.

Pendant le traitement, le malade a suivi un régime sévère; il s'est abstenu d'une manière absolue de tout excitant, a pris beaucoup d'exercice, et s'est distrait autant que possible.

Il résulte pour moi de cette observation pratique, bien qu'elle soit isolée:

1° Que l'épilepsie peut être traitée avec succès par le sulfate de quinine donné à hautes doses;

2° Que nos organes ont pour ce médicament plus de

tolérance qu'on ne le suppose généralement, puisque le malade, objet de cette observation, a pris 86 grammes 9 décigrammes environ de sulfate de quinine, depuis le 11 mars 1841 jusqu'au 31 mai suivant.

Nota. M. Quotard s'est informé souvent de son malade, et il a acquis la certitude qu'il était parfaitement guéri; car depuis le 31 mai 1841, époque à laquelle il a cessé de lui donner des soins, jusqu'à ce jour, M. C... n'a eu le moindre accès.

De l'utilité du sulfate de quinine dans les hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes. — Par M. Dassit, membre correspondant.

Parmi les maladies qui concourent à former les cadres pathologiques, il en est peu qui aient ouvert un plus vaste champ aux spéculations et aux théories médicales que les fièvres intermittentes. Tantôt c'est dans les agents extérieurs, dans l'altération plus ou moins grande de l'air, que l'on a voulu en rechercher la cause; tandis que d'autres médecins, influencés et dominés par les erreurs de la médecine physiologique, ont cru pouvoir en expliquer la nature par la constitution même des individus. Comme toutes les maladies, la fièvre intermittente fut localisée, et la rate, dont les fonctions physiologiques étaient recouvertes d'une très-grande obscurité, fut assignée comme siége spécial et propre des fièvres intermittentes. Cette théorie conduisait naturellement à l'application des émissions sanguines : aussi c'était-il par des sangsues sur l'organe splénique, par des saignées générales, que l'on croyait combattre ces affections. Mais

la nature, qui s'accommode fort peu de ces arrangements systématiques, ne tarda pas à déceler aux yeux des observateurs les égarements de semblables doctrines, et à montrer que la thérapeutique, but et conséquence de toute théorie médicale, en ressentirait une grande influence.

Ce n'est pas ici le lieu de rapporter les arguments plus ou moins spécieux des auteurs, pour prouver que la rate était le premier organe affecté, et que la turgescence de cet organe pendant l'accès en était un signe certain. Ces réflexions ont été consignées par plusieurs auteurs, et de ce nombre se trouvent Roche et Audouard. Mais de tout cela il est résulté ce fait pratique, que la rate s'engorge à la suite des fièvres intermittentes, et que la cause productrice de ces affections devient cause primordiale des engorgements de la rate. Comme parmi les médicaments qui triomphent des fièvres intermittentes, il n'en est pas de plus certain que le sulfate de quinine, n'était-ce pas assez indiquer son utilité dans une affection qui n'en diffère que par la forme, et dont la cause était identique? C'est à M. Piorry que revient l'honneur d'avoir indiqué ce traitement comme le plus rationnel pour obtenir la résolution des engorgements de la rate.

Les fièvres intermittentes ne laissent pas seulement des traces de leur existence sur la rate, mais encore sur le foie, et il n'est pas rare de voir survenir des hydropisies. Il y a quelque temps que, dans un mémoire inséré dans le Bulletin de thérapeutique, j'appelai l'attention des praticiens sur cette forme particulière de l'hydropisie, en indiquant qu'il fallait employer le sulfate de quinine. Depuis cette époque, plusieurs mémoires ont été soumis à l'attention de l'Académie; et si M. Nonat, médecin du bureau

central, a omis de citer mon faible travail, et si M. Lévy, professeur au Val-de-Grâce, a voulu s'approprier de semblables observations, ce n'est pas que je veuille en réclamer la priorité; mon but se trouve rempli, puisque j'ai signalé ce point important de thérapeutique aux observateurs.

De la même manière que la fièvre intermittente agit sur la rate, de la même manière elle exerce son influence sur l'ensemble de l'économie. Le sang perd de ses propriétés vivifiantes; il n'est plus aussi oxidable : la sérosité prédomine sur les autres parties. La constitution se trouve dans cet état que M. Piorry a si justement désigné sous le nom d'hydroémie. Les extrémités s'œdématient, le ventre augmente de volume, la sécrétion urinaire diminue. A cela il est facile, sans être très-exercé aux études cliniques, de reconnaître les lignes pathognomoniques de l'hydropisie. Ce n'est point par des purgatifs drastiques, par des diurétiques, qu'il faut attaquer cette maladie, mais bien par le remède qui triomphe à coup sûr de la cause qui lui a donné naissance. N'est-ce pas montrer l'utilité du sulfate de quinine? Chaque fois que j'ai employé ce remède dans les hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, j'ai obtenu un très-grand succès. Qu'il me suffise de choisir parmi les nombreux faits que j'ai observés :

Obs. I. — Bolly, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, avait une fièvre tierce depuis deux mois, lorsqu'il se résigna à prendre du sulfate de quinine. Guérison de la fièvre; rechute quelques jours après. Il ne prit aucun médicament, et la fièvre disparut. Cependant il y avait chaque soir de l'œdème aux malléoles qui, augmentant de jour en jour, ne tarda pas à envahir les cuisses

et l'abdomen. Lorsque je le vis pour la première fois, il était alité depuis huit jours ; la respiration était très-difficile, avec orthopnée. Le ventre très-volumineux, les cuisses, les jambes, la face, les membres supérieurs étaient œdématiés; la sécrétion urinaire était rare et la soif ardente, le pouls très-agité et la peau chaude. De temps en temps de légers redoublements fébriles, mais surtout à trois heures du soir.

— Petit-lait deux fois par jour. Deux vésicatoires aux cuisses ; tisane de pariétaire édulcorée avec le sirop de pointes d'asperges ; deux pilules faites avec 10 centigrammes de calomel, 5 centigrammes de digitale et de scille, une le matin et le soir.

Le malade étant à la campagne, je passai plusieurs jours sans le voir ; à mon arrivée, je trouvai l'anasarque augmentée. Je fis continuer la même prescription avec addition de 4 décigrammes de poudre de Dower, répétés plusieurs fois par jour.

Sous l'influence de cette médication, la maladie ne s'était point amendée ; je remplaçai les pilules de digitale par des pilules faites avec le calomel, la gomme-gutte, etc.; des frictions à la partie interne des cuisses avec une mixture de teinture de digitale et de scille.

Huit jours de persévérance dans cette nouvelle médication ne produisirent aucun effet.

L'orthopnée était très-prononcée, et j'étais sur le point de pratiquer la paracentèse, lorsque les exacerbations, qui se montraient presque tous les jours à trois heures, me firent songer à administrer le sulfate de quinine.

Cinq pilules de deux grains chacune, additionnées de 15 centigrammes de digitale et de 3 milligr. d'acétate de morphine, lui furent données avant l'exacerbation de la fièvre.

Le lendemain, le mouvement fébrile fut beaucoup moindre, les urines coulèrent plus abondamment. Administration de quatre pilules deux heures avant l'exacerbation.

Le troisième jour de l'administration du sulfate de quinine, le ventre avait diminué et la respiration était plus facile. Continuation de la même dose de sulfate de quinine, et au bout de quinze jours guérison complète.

Si nous cherchons à analyser toutes les phases de cette observation, nous voyons en première ligne une fièvre intermittente qui, dans la forme de sa nature, ne présente rien de particulier. Le sulfate de quinine la fait disparaître, mais la cause primordiale n'en persiste pas moins; elle reparaît, sans qu'on puisse lui assigner un motif plausible. Il est vrai qu'elle cesse quelques jours pour se revêtir ensuite de caractères peu ordinaires. Ce n'est plus par des accès réguliers qu'elle décèle son existence; elle porte son action sur toute la constitution : les jambes s'œdématient, le ventre augmente de volume, et le malade présente les symptômes pathognomoniques de l'hydropisie. Les remèdes qui quelquefois ont des chances de succès sont sans résultat; les purgatifs drastiques et les diurétiques les plus sûrs sont inutiles. La maladie n'en continue pas moins sa marche. Nous devons en rechercher la cause, et nous la trouvons, sans aucun doute, dans la fièvre intermittente, puisque c'est sous l'influence du sulfate de quinine, comme il est impossible d'en douter, que cette affection disparaît. Il a fallu une dose assez forte de cet anti-périodique pour que l'état d'intoxication ait tout à fait disparu.

Obs. II. — Tissot, cultivateur, âgé de 42 ans, eut au mois de juin 1839 une fièvre intermittente qui, pendant

cinq mois, se présenta sous toutes les formes que peut revêtir une maladie à type régulier, tantôt quarte, tantôt tierce, continue et rémittente; il ne fit usage d'aucun médicament, pensant que la nature le débarrasserait de cette affection. Ses espérances furent déçues; et au mois d'octobre de la même année, la fièvre cessa de se présenter sous une forme régulière. Les extrémités inférieures s'œdématièrent, et le ventre acquit un volume énorme; les urines étaient rares et fréquentes, l'appétence pour les boissons froides très-prononcée. Il nous fut facile de diagnostiquer une hydropisie dont la cause n'était nullement matérielle.

Les purgatifs et les diurétiques avaient été administrés en assez grande quantité, lorsque je songeai à lui faire prendre des pilules composées avec 30 centigrammes de sulfate de quinine, unis à la digitale et à la scille. Les urines devinrent plus abondantes sous l'influence de ce médicament. Une légère diaphorèse s'établit, et dix jours suffirent pour rendre à ce malade la santé qu'il avait perdue depuis si longtemps.

Nous avons encore là une observation où les diurétiques et les remèdes réputés utiles dans l'hydropisie ont été sans résultat; un remède qui, de prime abord, doit paraître empirique en triomphe. Nul doute sur l'action du sulfate de quinine; il doit être assez clairement démontré que c'est sous son influence que l'anasarque a disparu. Dans la nosologie, lorsque l'on doute de la nature d'une maladie, on procède par voie d'exclusion, on met en vigueur alors cette grande loi de thérapeutique, *à juvantibus et lædentibus*. Nous avons agi ainsi dans cette circonstance.

Obs. III. — Vabaud, âgé de 25 ans, d'un tempérament

lymphatique, avait une fièvre intermittente depuis dix-huit mois, qui avait disparu momentanément par l'administration du sulfate de quinine, lorsque les extrémités inférieures commencèrent à s'œdématier et le ventre à se tuméfier. La respiration était difficile, et les urines rares; tout portait à croire à une hydropisie. Le sulfate de quinine lui fut administré à la dose de 60 centigrammes matin et soir; on le continua pendant huit jours, et tous les symptômes disparurent.

Cette observation n'offre rien de particulier à noter; c'est un fait de plus à ajouter aux deux précédents, pour raffermir cette proposition que le sulfate de quinine peut être utile dans les anasarques.

Obs. IV. — Jean Fabre, marchand forain, a depuis dix-huit mois une fièvre intermittente qui disparaît sous l'influence du sulfate de quinine; à chaque fois il ne prend qu'une faible dose de sulfate de quinine. La fièvre apparaît à chaque écart de régime, surtout lorsqu'il s'expose à l'humidité. Au bout d'un certain temps, il éprouve tous les symptômes d'une anasarque; mais en lui administrant du sulfate de quinine pendant une quinzaine de jours et à doses fractionnées, l'hydropisie cède à son influence, et sa santé se raffermit.

Dans cette observation, malgré l'emploi du sulfate de quinine, l'hydropisie n'en apparaît pas moins; il fallait donc assigner à une autre cause que la fièvre intermittente cette anasarque? Non sans doute. S'il y a eu l'affection que nous venons de signaler, c'est que la dose du sulfate de quinine n'a pas été assez forte, et que le principe de l'intoxication existait encore. Dans cette circonstance, il est survenu ce qui arrive ordinairement dans une maladie dont le principe virulent ne peut pas être révoqué

en doute, la syphilis : lorsque l'on se contente, par des topiques locaux, par des pommades mercurielles sur les ulcères du gland, de les faire cicatriser, la maladie n'est que palliée, et n'en continue pas moins ses effets.

Quoiqu'il nous fût facile de pouvoir augmenter le nombre des faits qui depuis quatre ans ont été soumis à notre observation, nous nous sommes contentés de citer les précédents. En cela nous nous sommes éloignés de la règle admise depuis quelques années par une foule d'auteurs qui croient résoudre toutes les questions médicales par des observations entassées sans aucune règle, et quelquefois par un heureux hasard.

Les faits ont une très-grande valeur dans les sciences médicales; c'est par eux et par le soin que l'on a apporté dans leur coordination que la médecine est devenue une science positive; mais il est un point où il faut savoir s'arrêter, et avoir toujours présent à l'esprit cet aphorisme de Morgagni : *Non numerandæ sed perpendendæ sunt observationes.*

Si nous cherchons à rattacher à une cause plausible et rationnelle les faits que nous venons d'enregistrer, nous les trouvons dans la cause qui préside aux fièvres intermittentes. Si, en analysant les opinions des auteurs sur la nature et surtout la cause de cette maladie, nous sommes facilement convaincus qu'elle est le résultat immédiat d'agents extérieurs, agissant et modifiant l'ensemble de l'économie, c'est dans l'air qu'il faut d'abord les chercher, pour ensuite examiner leur influence sur l'ensemble de la vie animale.

Sans fouiller dans les anciennes traditions des Asclépiades, nous voyons Hippocrate, qu'on peut à juste titre considérer comme le premier coordinateur des principes

de la médecine, faire jouer un très-grand rôle à l'air dans la production des maladies. Il n'avait pas omis de considérer les fièvres intermittentes comme le résultat immédiat des effluves marécageux. En remontant à une époque plus rapprochée, Torti, dont les principes sur ces affections sont restés immuables, malgré l'importance passée de la médecine physiologique, considère les fièvres intermittentes et rémittentes de l'Italie comme produites par le voisinage des marais Pontins; c'est là et par cela seul qu'il explique la série des observations et la gravité des affections des États romains, surtout à l'époque caniculaire; c'est l'époque où les eaux laissent évaporer de si grands détritus de matière animale.

Cette opinion sur la cause productrice des fièvres intermittentes n'appartient pas seulement au célèbre praticien que nous venons de citer, mais tous les véritables observateurs peuvent en revendiquer leur part. C'est ainsi que Baumes, dans un mémoire qui n'est peut-être pas assez connu, et couronné par la Société de médecine de Paris, ne balance pas à considérer comme le résultat du voisinage des étangs les nombreux cas de fièvre intermittente et rémittente des environs de Montpellier. Les observations plus récentes de Jean Roux, Alibert, Fodéré, Faure, etc., etc., sont en tout point d'accord avec les faits que nous avons énoncés.

Nul doute sur la cause productrice des fièvres intermittentes; et, si nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de pouvoir les considérer d'une manière palpable; si, malgré le degré de perfectionnement de nos instruments de physique, leur nature nous est restée jusqu'à présent inconnue, leur influence sur l'ensemble de l'économie nous est assez révélée: les habitants des

marais sont pâles, la face bouffie, les ganglions mésentériques engorgés chez les enfants ; il y a par conséquence atteinte portée aux principes de la vie, les digestions sont pénibles, et l'hématose imparfaite. La sérosité prédomine sur les autres parties du sang ; il y a là intoxication générale. Une intoxication presque semblable à celle des marais existe dans nos campagnes, où les lois de l'hygiène la plus grossière sont tout à fait négligées. Des mares remplies d'eau stagnante sont pour l'ordinaire situées auprès des habitations ; des fumiers sont non loin des maisons, qui, pour l'ordinaire, sont petites et mal aérées : faut-il autre chose pour expliquer la quantité des fièvres intermittentes que nous avons tous les ans ? Sans égard aux constitutions médicales, nos paysans se trouvent sous l'influence d'une intoxication générale ; aussi n'est-il pas rare de voir ces fièvres durer des années entières.

Les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer ne nous révèlent-elles pas assez que la cause productrice des fièvres intermittentes réside dans les agents extérieurs ? Malgré la sévérité de la logique, il ne doit pas nous paraître irrationnel de penser qu'elle a des points de contact avec une affection dont la nature est bien différente, mais qui exige comme elle, pour disparaître, un spécifique. La syphilis en diffère par ses effets.

C'est dans le mode thérapeutique qu'existe la comparaison ; aussi nous servons-nous de ce moyen pour entrer dans quelques détails sur le mode d'administrer le sulfate de quinine.

Celui-ci connaîtrait bien peu les premiers fondements du traitement de la syphilis, qui croirait avoir détruit le germe de la maladie parce qu'il en aurait pallié les premiers

symptômes. Tout le monde sait qu'il faut détruire le germe de l'affection, et sous peine de voir récidiver à chaque instant cette maladie, on doit employer les mercuriaux et ses succédanés à une dose telle, que la pratique et l'expérience l'ont sanctionnée. Ce qui se passe dans le traitement de la vérole existe aussi pour les fièvres intermittentes ; lorsque les accès ont cédé aux premières doses de sulfate de quinine, il ne faut pas abandonner ce médicament, les rechutes après cela sont promptes et fréquentes ; il est donc nécessaire d'en continuer l'administration encore quelque temps, et de se conformer au précepte de Torti, qui exigeait que l'usage des anti-périodiques eût lieu tous les quinze jours pendant un temps assez long après la guérison des accès.

C'est donc pour avoir employé de semblables préceptes, que nous voyons tous les ans des fièvres intermittentes se montrer rebelles au sulfate de quinine. Quand, les premières fois, l'administration du sulfate de quinine n'a pas été faite d'une manière convenable, l'économie s'habitue bien vite à ce médicament ; il faut alors des doses beaucoup plus fortes pour obetnir des résultats. Son influence est identique à celle du mercure chez un individu qui prend des préparations hydrargyriques sans suivre un mode régulier.

Si de ces faits nous passons aux maladies secondaires, aux fièvres intermittentes, nous trouvons facilement qu'une des affections les plus communes après les engorgements de la rate, qui quelquefois sont concomitants, sont les anasarques et les ascites: ce n'est pas par les émétiques, par les purgatifs qu'elles doivent être traitées, pas plus que les engorgements de la rate par des émissions sanguines.

Leurs résultats seraient négatifs, comme nous l'avons vu dans les observations précédentes. A quel remède faut-il s'adresser? Quel genre de médication doit-on mettre en usage? Pour cela il suffit de distinguer les symptômes secondaires et de les considérer comme primitifs, et remettre en vigueur cette année une loi des éléments dans la production des maladies; il me semble que le médicament le plus rationnel est le quinquina et ses préparations. Par ce mode thérapeutique on détruit l'effet du principe intoxicant, et on agit directement sur la cause. (*Sublatâ causâ, tollitur effectus.*)

Nous avons indiqué que le remède le plus certain dans les maladies consécutives aux fièvres intermittentes, était le sulfate de quinine. Les raisonnements dans lesquels nous sommes entré peuvent paraître hasardés; cependant c'est l'observation directe des faits qui nous a conduit à de semblables conséquences. Pour terminer notre faible travail, il nous reste à entrer dans quelques considérations sur l'emploi du sulfate de quinine dans cette affection.

Pour obtenir de l'avantage de ce médicament, il ne faut pas le donner à de trop fortes doses dans le principe; on ne doit pas agir comme si l'on avait un accès à prévenir, mais bien songer à détruire le germe d'une maladie. La dose qui m'a paru la plus convenable est de trente centigrammes le premier jour, et le matin; chaque jour on augmente la dose d'un décigramme, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à quarante centigrammes: quand on donne cette dose, il faut la partager en deux fois, une le matin et l'autre le soir, puis ensuite suivre un ordre décroissant. Cette médication doit durer au moins quinze jours, si toutefois il n'y a pas de contre-indication évidente. J'ai donné à cette manière d'administrer le sulfate de quinine

le nom de doses fractionnées, parce qu'il m'est arrivé très-souvent de le faire prendre dans la journée de deux en deux heures.

Quelquefois j'ai ajouté des émétiques; mais ce n'était que pour tâcher d'agir sur la sécrétion urinaire, et, par l'abondance de l'urine, faciliter la guérison. Quand l'hydropisie a pour cause celle que nous venons d'indiquer, cette précaution est tout à fait inutile; l'emploi du sulfate de quinine est suffisant, si toutefois on a le soin de se conformer aux règles que je viens d'indiquer. Cette manière de traiter cette espèce particulière d'hydropisie m'a procurés ouvent des succès au-dessus de mon attente. Peu de jours ont suffi pour rendre à des malades et le contentement et la santé, quoique les malades atteints de semblables affections semblent être voués à une mort certaine par beaucoup de praticiens et les gens du monde. Le médecin ne doit jamais se décourager, et songer à la guérison possible de ses malades.

Je ne suis pas sans comprendre les nombreuses imperfections de ce mémoire; il m'aurait fallu, pour le rendre complet, entrer dans de très-grands détails sur le diagnostic différentiel des hydropisies, tâcher d'expliquer la nature des fièvres intermittentes. Peut-être que l'idée de considérer les hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes comme une dépendance de ces affections, peut paraître hasardée; mais ce sont les raisonnements et l'expérience qui m'ont déterminé à émettre cette opinion. L'honorable Société dont vous m'avez fait l'honneur de me donner le titre de membre correspondant me pardonnera mes fautes, en songeant que je n'ai eu d'autre but que de lui faire part de mes opinions et de la haute estime que j'ai pour elle.

Relation d'une épidémie de variole qui a régné à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en janvier, février et mars 1841. — par M. Brossard, d.-m.

Pendant le cours des mois de janvier, février et mars de cette année, la garnison de Poitiers, et notamment le 15me régiment de ligne et le 5me régiment de chasseurs, ont eu beaucoup à souffrir d'une épidémie d'arachnoïdite cérébrale et rachidienne. Un grand nombre de militaires ont été atteints de cette maladie, plusieurs en sont morts ; et, chose tout à fait remarquable! une partie du 15e de ligne en garnison à Laval a été atteinte des mêmes maladies (arachnoïdite, variole, fièvre typhoïde), avec cette différence, cependant, que la mortalité a été beaucoup plus considérable à Laval qu'à Poitiers. A peine la première épidémie cessait-elle, qu'une seconde se déclarait. Nous avons observé cinq cas de variole et 8 de varicelle. Presque tous ces malades, excepté un ou deux, ont contracté la maladie à l'hôpital, où ils étaient entrés pour diverses affections; la plupart cependant pour des céphalalgies.

Le premier sujet qui s'est offert à notre observation est Thiébault, soldat au 15e régiment d'infanterie de ligne. Cet homme, âgé de 26 ans, est d'une constitution assez forte; il était entré à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire traiter de l'épilepsie; il en était sorti le 4 février. Le 6, au soir, éprouvant une violente céphalalgie, de la lassitude, de l'anorexie, de la fièvre, il rentra à l'hôpital; il y prit un bain de pieds qui ne le soulagea pas.

Le 8 on aperçoit sur la face, le cou et la poitrine, quelques petites taches rouges isolées. Le malade assure qu'il a été vacciné, et l'on voit très-distinctement les cica-

trices vaccinales. Toujours un peu de fièvre, anorexie, langue blanche au milieu, rouge à sa pointe et sur ses bords. Diète, org. éd.

9. Il paraît de nouveaux points rouges, et les premiers s'élèvent et deviennent transparents à leur sommet. Apyrexie, insomnie, inappétence. Diète, org. éd.

10. La peau de la face est tuméfiée et rouge; les pustules, plus grosses, contiennent un fluide jaunâtre; la tension de la peau du visage fatigue le malade; apyrexie, inappétence. Diète, org. éd.

11. Les pustules, distendues par un pus blanchâtre, ne s'affaissent pas sous le doigt qui les presse; elles sont environnées par une auréole inflammatoire très-prononcée. La langue est couverte de pustules; celles de la paume des mains marchent beaucoup plus lentement; elles ne sont pas saillantes, on les aperçoit sous l'épiderme. Apyrexie, un peu de sommeil. Diète, org. éd.

12. Les pustules sont ombiliquées; fièvre, peau très-chaude; la face est plus tuméfiée qu'elle ne l'avait été encore; toux et crachats abondants, albumineux; à chaque instant le malade en rejette, ce qui le fatigue beaucoup : la poitrine résonne bien, la respiration s'entend partout; on entend du râle muqueux, surtout dans le poumon droit. Diète, org. éd.

13 et 14. Crachats toujours abondants, moins de fièvre, sommeil assez bon. Diète, org. éd.

15. Le malade a bien dormi; il ne souffre pas. Pas de selles depuis 5 jours; apyrexie, pustules un peu affaissées. Diète, org. éd., lav. purg.

16. Vomissements presque continuels, beaucoup de fièvre, une selle; les pustules se dessèchent, surtout à la face. Diète, org. éd., garg. adou.

17. La dessiccation continue à la face ; elle commence aussi sur les membres et sur le tronc ; les pustules de la paume des mains sont peu avancées. Insomnie, anorexie, fièvre. Diète, org. éd., garg.

19. Vomissements, céphalalgie, fièvre ; les pustules sont couvertes de croûtes épaisses.

20. Les accidents de la veille sont dissipés ; apyrexie, appétit ; les croûtes se détachent à la face. 1/4.

22. Même état. Les points où étaient les pustules sont rouges et circonscrits par un cercle d'épiderme soulevé. 1/4.

23, 24, 25. Rien de remarquable ; il reste à peine quelques croûtes. Le malade dort bien ; il n'a pas de fièvre. 1/4.

26. Toutes les croûtes sont tombées ; on aperçoit encore des pustules sous l'épiderme de la paume des mains. 1/2.

3 mars. Il est survenu 3 petits abcès à la région lombaire ; ils se sont ouverts spontanément. Le malade va bien ; il mange la 1/2, et se considère comme guéri. Pendant tout le temps qu'a duré la variole il n'a pas eu d'attaque d'épilepsie.

Chauveau, chasseur, au service depuis 6 mois, âgé de 22 ans, d'une très-forte constitution, était entré à l'hôpital dans le courant du mois de janvier, pour des coliques et des douleurs dans les membres. Cette maladie fort légère n'avait nécessité l'emploi d'aucun moyen énergique, et le malade était sur le point de reprendre son service, lorsque le 10 février, sans éprouver aucun des prodromes de la variole, ni fièvre, ni brisement général, ni anorexie, il vit sa peau se couvrir de petites taches d'un rouge très-foncé, qui présentaient les caractères de

pustules varioliques commençantes. Orge éd., diète.

11. Fièvre, peau chaude, insomnie, anorexie, soif; langue jaune à son centre, rouge à sa pointe; céphalalgie frontale. Le nombre des pustules a beaucoup augmenté; on en voit en grand nombre sur le tronc et les membres. Les pustules qui s'étaient montrées la veille sont un peu plus développées que les autres; elles contiennent une sérosité brune, et la peau offre la même coloration, surtout à la poitrine et aux bras. Orge éd.

12. L'éruption est à peu de chose près ce qu'elle était hier. Les pustules du visage n'ont pas changé d'aspect; sur les bras elles sont un peu plus développées; elles sont cependant fort plates; plusieurs paraissent ne pas renfermer de liquide; quelques-unes contiennent un liquide presque noir. Insomnie, diarrhée, anorexie, pouls fréquent, soif. Orge éd.

13. Le malade est dans le même état. Même prescription.

14. Les pustules sont un peu plus grosses, quoique petites encore; au visage elles sont très-peu développées, et elles se touchent toutes, tant elles sont nombreuses. Sur les bras et sur la poitrine elles sont moins confluentes et mieux développées; mais la peau qui les environne est d'un rouge de sang. Le visage est très-gonflé; les yeux s'ouvrent avec peine. Insomnie, diarrhée, fièvre, vomissement.

15. La peau des bras et celle de la poitrine est encore plus noire; les pustules restent toujours au même degré de développement. Plusieurs pustules sur la langue; crachats très-abondants sans toux. Moins de fièvre, insomnie; la diarrhée a cessé.

16. Les symptômes généraux ont perdu de leur inten-

sité, le malade ne souffre pas, apyrexie complète, pas de soif, même état des pustules.

17. Vive céphalalgie, 95 pulsations, soif, anorexie; la face est plus tuméfiée, et les pustules y paraissent un peu mieux. Elles ne contiennent pas de liquide. Toux fréquente, crachats albumineux. Les deux poumons donnent un son très-clair; à la percussion on distingue du râle bronchique à grosses bulles dans les deux poumons. Sur la face dorsale des mains et des poignets, où la peau a conservé sa coloration naturelle, on voit des pustules grosses, ombiliquées, environnées d'une auréole inflammatoire bien prononcée; elles contrastent avec les pustules des autres parties.

18. 110 pulsations; le malade se plaint; diarrhée, toux non douloureuse, crachats blancs un peu visqueux, insomnie; la peau est moins noire. Orge éd., 15 centigr. de fleur de zinc, 15 centigr. de calomel. Garg. acidulé.

19. Même état, même prescription.

20. Les pustules de la face, toutes réunies, forment une couche uniformément blanche; elles sont toujours très-peu élevées. Pouls à 115, insomnie, plaintes, diarrhée. Le malade est toujours en mouvement; toux fréquente, crachats blancs et très-abondants. Pas de douleur à la poitrine; diminution de son à droite en arrière. Du même côté, le bruit respiratoire s'entend très-peu à la partie postérieure et supérieure; on distingue du râle muqueux mêlé d'un peu de râle crépitant dans le même point.

21. Pouls à 125, insomnie, diarrhée, plaintes; toux fréquente, crachats blancs, visqueux. Le malade ne veut pas se laisser ausculter; il meurt dans la nuit suivante.

Ce malade n'avait pas été vacciné.

Autopsie. — Peau tout à fait noire sur les bras et la

poitrine; cerveau un peu piqueté; trois cuillerées de sérosité lympide dans les ventricules latéraux; quand on a ouvert l'arachnoïde, il s'en est écoulé un peu. Le poumon gauche est sain, crépitant; le droit est rouge à sa partie supérieure; il s'en écoule par l'incision une sérosité rouge et écumeuse, mais en trop petite quantité pour dégorger le poumon. Il faut le presser dans la main; et dans quelques points très-peu nombreux on l'écrase. Toute la partie rouge de ce poumon, même comprimée avec force, plonge quand on la met dans l'eau. Tous les autres organes sont sains.

Courti, chasseur, âgé de 24 ans, d'une constitution athlétique, était venu à l'hôpital le 14 février, pour une céphalalgie dont il était guéri. Le 27 février il éprouva une nouvelle douleur de tête plus violente que la première, des vomissements, des frissons, un brisement général, une douleur à la région lombaire. Il avait de la fièvre, la bouche mauvaise, la langue rouge à sa pointe, blanche dans le reste de son étendue. Soulagé une première fois par une application de sangsues, ce malade en demande instamment de nouvelles. On soupçonne l'invasion d'une variole, et on le met à la diète et à la tisane d'orge.

Le 28 et le 1er mars, même état, même prescription.

2 mars, pas de mieux, violente douleur de gorge, céphalalgie, pouls à 80, face très-rouge. On remarque sur la poitrine et sur les bras de petites élevures rouges; sur la face elles ne sont pas apparentes. Les vomissements sont si fréquents, que le malade a toujours la tête appuyée sur le bord de son lit et inclinée sur un vase dans lequel il rejette presque continuellement des mucosités blanchâtres et un peu de bile. Un peu de toux. Orge éd. 25 gr. d'ipéca.

3. La douleur de gorge est plus forte, les amygdales sont tuméfiées, surtout la gauche. Céphalalgie plus violente; les pustules ont le même aspect qu'hier sur les membres et le tronc; celles de la face sont plus apparentes. La peau de cette partie, qui avait une rougeur uniforme comme dans un érysipèle, est aujourd'hui plus tuméfiée, et elle est recouverte de petites pustules qui se touchent toutes. Les paupières sont œdémateuses. 15 sangsues à la gorge, orge éd.

4. Un peu d'amélioration, la gorge est moins douloureuse, apyrexie, ptyalisme fort abondant, pas de pustules dans la bouche. On en voit un grand nombre sur les lèvres. Les vomissements ont cessé. Toujours un peu de céphalalgie. La langue, qui avait paru nettoyée après l'administration de l'émétique, est redevenue jaune. Respiration bonne partout; on entend un peu de râle muqueux à très-grosses bulles. Orge éd.

5. Insomnie, pouls à 90, beaucoup d'agitation. Les pustules sont ce qu'elles étaient les premiers jours, petites, affaissées; elles paraissent ne contenir aucun liquide; on ne voit point autour d'elles de cercles inflammatoires; mais dans certains endroits, notamment aux bras et à la poitrine, une teinte uniformément rouge de la peau, moins foncée cependant que dans l'observation précédente. La toux est beaucoup plus fréquente; les crachats, qui jusque-là étaient blancs, sont devenus rouillés. La poitrine, sans offrir de matité, n'a pas un son clair à la partie postérieure des deux poumons. On perçoit bien clairement la crépitation; en avant, la respiration est puérile.

6. Grande agitation, crainte de la mort, pouls à 110; beaucoup de toux, crachats plus rouillés que ceux d'hier,

pas de point de côté. La poitrine présente les mêmes phénomènes que le jour précédent.

7. Le malade est mort ce matin ; il avait eu du délire pendant la nuit. Il n'avait pas été vacciné.

Autopsie. — Les deux poumons, dans leur moitié antérieure, sont d'un blanc grisâtre, très-crépitants, très-résistants. A la partie postérieure, dans toute leur hauteur, ils sont d'un rouge foncé. Quand on les incise dans ce point, ils laissent écouler une grande quantité de sérosité rouge et écumeuse. Leur tissu est résistant. Dans quelques points cependant ils se laissent déchirer assez facilement. Les bronches sont un peu rouges, leur membrane muqueuse a perdu de sa consistance ; on ne peut la détacher que par petits lambeaux. La muqueuse trachéenne est d'un rouge très-foncé, surtout à la partie inférieure ; elle présente une infinité de petites granulations blanches que n'enlèvent ni les lotions, ni le dos du scalpel. Elles sont dures, et ne contiennent point de liquide.

Cerveau dans son état normal. Un peu de sérosité transparente dans les ventricules latéraux. Foie et rate très-gros, mais sains. L'estomac, sain d'ailleurs, présente de larges taches d'un rouge de sang que l'eau n'enlève pas. L'intestin, grêle, à sa partie inférieure offre quelques taches analogues et une injection très-prononcée.

Bizet, chasseur, âgé de 22 ans, vacciné, dit-il, mais n'ayant pas de cicatrices sur les bras, était depuis plusieurs jours à l'hôpital pour une céphalalgie dont on l'avait guéri, lorsque le 28 février une variole bien caractérisée se déclara chez lui. Cette maladie a suivi régulièrement toutes ses périodes. Le malade a guéri.

Boivan, chasseur, âgé de 24 ans, dit avoir été vacciné, mais n'a pas non plus de cicatrices vaccinales. Il est

atteint d'une variole confluente dont nous ne donnons pas les détails, par la raison qu'elle n'est parvenue qu'au sixième jour. Jusque-là la maladie n'est pas fort grave.

Varicelles.

Gaillard, chasseur, âgé de 28 ans, vacciné, entré à l'hôpital pour une pneumonie dont il était guéri, a éprouvé le 17 février une violente céphalalgie, une grande fatigue, des douleurs dans les membres, des alternatives de froid et de chaud, de la fièvre, de la céphalalgie et de l'anorexie. Le 8 il a eu une abondante éruption de varicelle ombiliquée. Les croûtes étaient toutes tombées le 27, excepté celles des mains, et le malade était guéri.

Pilleux, chasseur, au corps depuis six mois, âgé de 22 ans, avait éprouvé le 12 de la céphalalgie, de la fièvre, de la lassitude, des douleurs dans les membres et dans les reins. Il a le 13 quelques petites élevures rouges sur la peau du visage et de la poitrine; le 14 il en paraît de nouvelles, et les premières contiennent de la sérosité à leur sommet. Le 19, toutes les croûtes sont détachées, et le malade est guéri.

Cussac, soldat au 5e régiment de chasseurs, entré à l'hôpital pour une céphalalgie, ainsi que le précédent, fut pris pendant sa convalescence de tous les prodromes de la variole. Les prodromes durèrent huit jours avant que la maladie se déclarât. L'éruption fut abondante, et aussitôt après le malade se trouva mieux. Huit jours après il était guéri.

Cet homme avait été vacciné. Il est bon de remarquer que, contre l'opinion généralement reçue, qui veut que les prodomes soient proportionnés à la maladie, ce malade

a eu une varicelle fort simple ; tandis que Courti, qui a eu une variole confluente dont il est mort, n'avait rien ressenti avant l'éruption.

Durand, âgé de 23 ans, chasseur, était entré dans les salles pour un mal de tête. Il avait été saigné plusieurs fois, et il était guéri, lorsque le 23 février, sans aucun symptôme précurseur, il fut pris d'une varicelle qui était terminée le 27 ; il avait été vacciné.

Rouillé, chasseur, âgé de 24 ans, était depuis un mois à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre intermittente. N'ayant éprouvé aucun malaise, il fut fort étonné de voir se développer sur la poitrine, les bras, et surtout sur les pommettes, des pustules de variole bien caractérisées. Ces pustules, au nombre de 60 ou 80, ont suivi régulièrement toutes les périodes de la véritable variole. Elle ne se sont desséchées qu'après le huitième jour ; il n'est pas tombé une seule croûte avant le quinzième. Ce malade avait été vacciné, il a des cicatrices sur les bras. Est-ce là une varicelle? N'est-ce point plutôt une variole modifiée ?

Nous avons observé deux autres varicelles, dont nous ne donnons pas les observations, parce que les malades ne sont pas encore guéris.

A Poitiers comme à Laval, l'épidémie de variole a succédé à une épidémie d'arachnoïdite. La maladie a sévi à peu près indifféremment sur des individus vaccinés et sur ceux qui ne l'avaient pas été. Mais il est fort important de constater que sur les cinq malades atteints de véritable variole deux seulement avaient été vaccinés, et ce sont précisément ces deux qui ont eu des varioles discrètes. Les trois malades qui ont présenté des varioles confluentes n'avaient point été vaccinés. De ces trois, deux sont morts ; le troisième est au septième jour de la

maladie. La variole était confluente chez les trois. Les huit malades atteints de varicelles avaient tous été vaccinés. Ne doit-on pas croire, d'après cela, que sans l'heureuse influence de la vaccine tous auraient eu la variole, et que c'est à elle que les huit derniers sont redevables de la bénignité de leur maladie. Si tous ces soldats avaient été vaccinés, il n'en serait probablement mort aucun.

On fait à la vaccine le reproche de ne pas préserver toujours de la variole, et on cite un certain nombre d'individus, qui, ayant été vaccinés, n'en sont pas moins atteints de cette maladie. Ce fait est vrai, mais il est très-facile de l'expliquer. Un grand nombre d'enfants sont vaccinés sans soins, ou dans des circonstances qui ne permettent pas l'inoculation de la vaccine. Alors, ou l'opération n'est suivie d'aucun résultat; ou il se développe des pustules semblables à celles qui paraissent après l'inoculation du pus; ou il vient des pustules de vaccinelle, qui imitent assez bien la vaccine pour les gens qui n'y regardent pas de fort près. Presque toujours les parents, satisfaits d'avoir fait vacciner leurs enfants, s'en tiennent là; et lorsque la variole se déclare, on accuse la vaccine, tandis que l'on ne devrait accuser que sa négligence. De plus, il est bien prouvé que dans certains cas (fort rares, il est vrai, qu'on observe pendant les épidémies de variole) cette maladie peut se déclarer chez un individu qu'elle avait déjà frappé une première fois. Eh bien! est-il raisonnable d'exiger plus de la vaccine que de la variole elle-même?

Une question fort agitée depuis quelque temps, est celle-ci: la vaccine préserve-t-elle de la variole pour toujours, ou bien son influence s'use-t-elle au bout d'un

certain temps? Plusieurs médecins, voyant survenir la variole chez des personnes vaccinées, ont admis cette dernière opinion. Aussi ont-ils donné le conseil de se faire vacciner tous les vingt ans ou tous les dix ans; quelques-uns même, beaucoup plus souvent. Cette pratique n'a certes rien de condamnable; mais elle peut avoir pris sa source dans des cas mal observés. Les vieillards ont fort rarement la variole; ils devraient cependant être plus exposés à la contracter que les jeunes gens, chez lesquels l'influence de la vaccine a eu moins le temps de s'user.

La véritable vaccine laisse dans les points où se sont développées les pustules des cicatrices indélébiles; et cependant fort souvent les médecins, au lieu de s'assurer que le malade a été réellement vacciné, s'en rapportent à sa déclaration, et le citent comme n'ayant pas été préservé par la vaccine. Les pustules de vaccinelle laissent aussi des traces qui, pour un œil peu exercé, diffèrent à peine des cicatrices vaccinales. Que ces sujets contractent une variole, on accusera encore le vaccin. Enfin, se présentera la classe fort nombreuse des véritables inoculés; chez eux, la variole sera fort rare, et si elle paraît, elle sera peu dangereuse.

Toutes les fois que l'on n'aura pas été vacciné par un homme habile, qui puisse constater si l'opération a réussi (et certes, c'est dans les campagnes le cas le plus commun, puisque la vaccination y est presque toujours abandonnée à une sage-femme, ou à des personnes charitables qui sont tout à fait étrangères à la médecine), il est prudent de recourir à une nouvelle inoculation. Car quel est l'inconvénient d'une nouvelle vaccination? Si la vaccine a pris une première fois, ou (pour parler d'une manière

plus exacte) si l'on n'est pas apte à contracter une nouvelle variole, la vaccine ne sera pas inoculée, par conséquent on n'en sera pas incommodé. Si elle l'est (la véritable vaccine), on était apte à contracter la variole; on se félicitera de la réussite de l'opération. Qu'on n'allègue pas la douleur que cette inoculation peut causer; si elle est bien faite, on ne la sent pour ainsi dire pas. Si dans les régiments on vaccinait toutes les recrues comme on le fait dans presque toute l'Allemagne, on éviterait ces nombreuses épidémies de variole qui déciment l'armée, et nous n'aurions pas à regretter la mort de deux hommes que cette précaution aurait conservés. Sur treize malades atteints de variole et de varicelle, deux sont morts; ce sont deux des trois qui n'ont pas été vaccinés. Tous trois ils ont eu des varioles confluentes. Quand bien même la vaccine ne préserverait pas toujours, elle atténue au moins beaucoup la maladie, comme on peut s'en convaincre d'après nos observations.

Observations d'implantation du placenta sur le col. — Réflexions. — Par M. Pingault fils, d.-m.

Ayant vu plusieurs fois, dans ma pratique, le placenta implanté sur le col, j'ai été conduit à recueillir et à rassembler les faits de ce genre qui ont été soumis à mon observation, non dans l'intention de chercher à jeter quelque jour sur les causes encore peu connues de cet accident, mais pour prouver la gravité de cette complication de l'accouchement et la nécessité qu'il y a d'agir le plus promp-

tement possible, et pour faire connaître le moyen qui m'a paru préférable dans cette malheureuse circonstance. En effet, l'hémorrhagie terrible qui résulte nécessairement de cette complication fait un devoir au praticien de chercher sans retard à dilater le col, presque toujours mou dans ce cas, afin de pratiquer la version dès le moment de sa possibilité.

Que cette hémorrhagie soit fournie par le placenta à cause de son décollement, ce qu'on ne peut admettre, car dans beaucoup d'accouchements naturels où le placenta est décollé, il n'y a pas de perte, comme le fait remarquer Velpeau; qu'elle soit fournie par l'utérus lui-même, et cela, en partie, sous l'influence des causes générales des hémorrhagies, ou qu'elle soit produite par le tiraillement continuel et la gerçure du placenta, en même temps que par l'irritation et l'afflux de la partie inférieure de l'utérus, occasionnés par le déplacement gradué de la masse cotylédonaire, hypothèse qui est la plus vraisemblable; cette hémorrhagie est tellement grave, qu'elle compromet en même temps la vie de la mère et celle de l'enfant, et qu'elle réclame hautement les secours les plus prompts de l'art.

Rigby dit que dans ce cas, sous aucun prétexte, on ne doit pas attendre.

Pénétré de l'importance d'employer les moyens qui peuvent alors faciliter la version la plus prompte, l'expérience m'a démontré qu'il ne fallait pas s'amuser à aller décoller le placenta, soit à droite, soit à gauche, comme le recommandent beaucoup d'accoucheurs distingués, mais qu'on obtenait un résultat beaucoup plus prompt en passant la main le plus tôt possible à travers le corps placentaire et les membranes, pour aller aussitôt

après chercher les pieds et terminer l'accouchement. Les observations que je vais présenter feront apprécier les graves inconvénients qu'apporte le moindre retard, et les avantages de la méthode que je propose.

1re OBSERVATION.

Le 4 mars 1829, madame Salé, âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, enceinte pour la quatrième fois, et au terme de sa grossesse, me fit appeler : elle avait une hémorrhagie utérine depuis deux mois ; elle était tellement affaiblie que les lèvres et la figure étaient très-pâles; elle ne pouvait exécuter aucun mouvement ; le pouls était petit, lent et presque insensible ; les yeux avaient perdu leur éclat, la parole était lente et basse, les extrémités froides ; elle avait eu de faibles douleurs depuis la veille, mais ces douleurs étaient éteintes ; elle ne sentait plus les mouvements de son enfant ; elle avait des syncopes dont on ne la faisait revenir qu'avec peine.

Au toucher je reconnus la présence du placenta sur le col ; celui-ci était aminci, il avait une dilatation de 3 centimètres; la malade ne perdait presque plus. J'essayai de suite de dilater le col pour pouvoir faire la version sans aucun retard ; je ne comptais sur aucune réussite, tant était grande la faiblesse de la pauvre malade ; en effet, je n'eus le temps que de faire quelques tentatives de dilatation, et elle mourut sans aucune convulsion. Il n'y avait que quelques instants que j'étais arrivé près d'elle : immédiatement après son décès je pratiquai l'opération césarienne suivant les règles de l'art ; l'enfant a été extrait par les pieds, il était mort ; il paraissait avoir perdu la vie depuis plusieurs jours, à en juger d'après l'état de son épiderme qui était soulevé dans beaucoup d'endroits. Le

placenta était implanté centre pour centre sur le col ; le tissu de l'utérus était très-pâle, les vaisseaux de cet organe étaient vides, les artères et les veines du corps de la mère l'étaient également ; tous les tissus étaient pâles, il ne paraissait pas un atome de sang.

C'était la première fois que j'étais appelé pour un cas semblable, et cette circonstance me fit faire de bien sérieuses réflexions sur la gravité de l'implantation du placenta sur le col, et sur la nécessité qu'il y avait de terminer l'accouchement le plus promptement possible, dans ce cas, pour sauver la vie au moins à la mère.

2me OBSERVATION.

Dans la nuit du 12 mars 1830, je fus appelé conjointement avec M. le docteur Chevallier pour donner des soins à madame M..., âgée de 36 ans, enceinte pour la 9me fois, et au terme de sa grossesse. Depuis deux mois elle perdait continuellement : quelques douleurs avaient commencé à se faire sentir la veille ; depuis ce moment elle perdait beaucoup plus. Des syncopes répétées, une extrême pâleur des lèvres et du visage, l'absence de l'éclat des yeux, la faiblesse, la lenteur et la mollesse du pouls, le froid des extrémités, faisaient craindre pour la vie de la malade. Le toucher fait reconnaître une implantation du placenta sur le col, et très-peu de dilatation. Nous procédons au tamponnement dans le but d'obtenir une plus grande dilatation, et comme les syncopes se rapprochaient, une heure après nous avons enlevé le tampon ; le col étant un peu plus mince et plus ouvert, nous avons fait des tentatives pour décoller le placenta du côté droit de la femme et en haut. Ce décollement achevé, les membranes ont été déchirées, et cela avec difficulté. Alors les eaux se sont écoulées, la version a été faite, et l'en-

fant amené en 2me position des pieds ; cet enfant à terme était mort. L'accouchement terminé, la femme n'a pas perdu; l'utérus s'est cependant contracté. La malade a été portée avec précaution dans un lit voisin ; aussitôt après, la respiration est devenue stertoreuse ; les extrémités sont devenues très-froides, ainsi que le visage dont la pâleur a augmenté, et qui s'est bientôt couvert d'une sueur froide ; le pouls est devenu insensible ; l'utérus n'était plus contracté, cependant il n'y avait ni hémorrhagie interne ni hémorrhagie externe ; les yeux fixes, à demi fermés et ternes, la malade parlait, elle entendait, mais elle ne voyait pas; elle disait: Allumez la chandelle, mes amis, je ne vous vois pas. Malgré les frictions et quelques toniques donnés à l'intérieur et à l'extérieur, sous l'influence desquels son teint et ses forces se sont ranimés à deux fois différentes pour quelques instants, des mouvements spasmodiques sont survenus, la respiration est devenue inégale, et la malade a expiré sous nos yeux une demi-heure après son accouchement.

La malheureuse qui fait le sujet de cette deuxième observation a, comme la première, succombé sous le coup d'une perte considérable de sang, produite par l'implantation du placenta sur le col. Après l'avoir délivrée nous avions espéré sa guérison, mais l'hémorrhagie avait été trop abondante : sans doute elle avait perdu moins de sang que la première, puisque nous avons eu le temps de l'accoucher ; mais le peu qui lui restait n'était pas suffisant pour l'entretien de son existence. Les médecins trouvent le plus souvent de grandes leçons dans les cas où ils ne réussissent pas, plutôt que dans ceux où ils ont un plein succès ; dans la non-réussite ils font nécessairement une analyse de la conduite qu'ils ont tenue, ils interrogent tous les moyens qu'ils ont employés, et par cela seul

qu'ils ont eu un insuccès, ils ont une tendance à manquer de confiance en ces moyens.

Relativement à la première observation, la malade a succombé à l'arrivée de l'homme de l'art, qui n'a pu employer aucun moyen, il n'en a pas eu le temps : celui-ci ne peut alors que regretter de n'avoir pas été appelé plus tôt; et il doit reconnaître que dans une circonstance aussi grave, qui entraîne la mort de la mère et de l'enfant, on doit chercher à terminer l'accouchement sans délai.

Quant à la deuxième observation, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que nous avons aussi été appelés un peu tard. Nous n'aurions peut-être pas dû employer le tampon; pendant le temps qu'il a été appliqué nous avons perdu une heure. Sans doute que le tampon a bien pour effet de diminuer l'hémorrhagie, de provoquer les contractions, et partant il peut être utile; mais je pense qu'il ne doit être employé que lorsque le col ne présente aucune dilatation, et que lorsqu'il est un tant soit peu ouvert dans le cas d'implantation, on ne doit pas s'amuser à ce moyen qui n'est pas assez prompt.

L'indication est alors de terminer l'accouchement le plus tôt qu'on le peut; et comme cette indication est d'autant plus pressante que le danger est plus grand, et ordinairement plus facile à remplir que le col est presque toujours alors mince et facile à dilater à cause de sa mollesse, je crois que pour y satisfaire il ne faut pas, comme le conseillent quelques auteurs et comme nous l'avons fait dans cette circonstance, chercher à décoller le placenta par le côté où il semble le plus disposé à céder : souvent il arrive qu'on le décolle par le côté où il est implanté sur une plus grande surface : cette méthode est trop longue, et pendant le temps qu'on la met à exécution

la malade perd, elle s'affaiblit davantage, et la partie de l'utérus que l'on met brusquement à nu fait répandre une plus grande quantité de sang; puis, quand on est parvenu au décollement, on dit qu'il faut rompre les membranes: celles-ci ne peuvent s'engager; d'un autre côté elles ne peuvent même pas se tendre, parce que l'utérus n'a que de très-faibles contractions, si toutefois il en existe : tout cela est plus facile à dire qu'à faire.

D'après l'avis de Maigrier, de Deventer, de Halmagrand, et d'après ma propre expérience, je pense qu'il est préférable de percer le délivre au lieu de chercher à le détourner: cette méthode, par laquelle on arrive bien plus promptement à pouvoir faire la version, fait perdre beaucoup moins de sang à la mère qu'on ne l'a avancé; je dirai même que dans le moment on fait perdre moins de sang que lorsqu'on décolle le placenta. On a dit aussi que le placenta une fois percé opposait de la résistance pour la sortie de l'enfant; ceci me paraît contraire à la vérité, car j'ai facilement entraîné l'enfant par l'ouverture faite au placenta lorsque j'ai mis cette méthode à exécution : seulement, dans ce cas, il faut se hâter de terminer l'accouchement pour l'intérêt de l'enfant, parce que, le placenta étant percé, la circulation omphalo-placentaire est presque arrêtée, et que, la vie de l'enfant est compromise. Mais on peut ajouter que, dans ces cas graves, presque toujours l'enfant est mort, et qu'avec la presque certitude de la mort de l'enfant, on ne saurait employer un moyen trop prompt pour être sûr de sauver la mère. D'ailleurs cette méthode m'a réussi dans les deux observations qui suivent.

3me OBSERVATION.

Madame S...., âgée de 26 ans, d'un tempérament

lymphatico-sanguin, et cependant très-nerveuse et très-impressionnable, était enceinte pour la deuxième fois ; la première grossesse s'est terminée par une blessure à six mois, et, pendant le cours de la deuxième, le médecin qui lui donnait des soins avait cru devoir la saigner deux fois pour éviter un deuxième avortement et pour dissiper des symptômes de pléthore. Arrivée au terme de cette grossesse, elle attendait depuis plusieurs jours, lorsque le 21 février 1839 elle éprouva tout à coup une hémorrhagie utérine très-abondante, sans cause appréciable et sans signes avant-coureurs. Le 22 et le 23 la perte a continué et a affaibli la malade : le 23 au soir, quelques douleurs de même nature que celles qui précèdent ordinairement le travail de l'accouchement se sont fait sentir, et dès lors la perte est devenue beaucoup plus abondante. Une sage-femme consultée pratique le toucher, et reconnaît un commencement de dilatation du col ; alors elle me fait appeler. Arrivé près de la malade à onze heures et demie du soir, je la vis extrêmement pâle et très-faible, elle perdait abondamment ; les douleurs, d'après le rapport de la malade, partaient des reins, et ne se rendaient pas dans le bas-ventre, comme cela a ordinairement lieu dans le travail de l'enfantement ; le sang s'écoulait pendant les contractions utérines, et venait alors inonder la malade, qui répétait à chaque instant qu'elle était perdue.

Le toucher m'a fait reconnaître que le col était aminci et dilaté de manière à permettre l'introdution de deux doigts, mais avec un peu de difficulté. Je ne tardai pas à reconnaître aussi qu'une masse charnue bouchait le col et tenait la place des membranes : cette masse charnue empêchait d'apprécier la position de l'enfant, et elle ne

pouvait pas être prise pour un caillot, car je reconnus la forme cotylédonaire du placenta. Nul doute que j'avais affaire à une implantation du placenta sur le col, et que dès lors il y avait nécessité de terminer l'accouchement le plus promptement possible, pour sauver au moins la mère; mais je ne pouvais introduire que deux doigts dans le col, et encore je ne pouvais apprécier la présence du placenta qu'avec un seul doigt.

Alors j'administrai cinquante centigrammes de seigle ergoté de demi-heure en demi-heure, puis de quart d'heure en quart d'heure, dans le but d'obtenir des contractions plus fortes, et partant une dilatation plus grande. Mais la malade perdait de plus en plus; elle pâlissait davantage, son pouls devenait plus faible. Voulant hâter la dilatation, je frictionnai avec une pommade résultant de parties égales d'axonge et d'extrait de belladone; je laissai sur le col un linge enduit d'une forte couche de cette pommade, que je renouvelais à chaque fois que le linge était entraîné par le sang.

A quatre heures du matin la dilatation étant un peu plus considérable, j'ai pu introduire l'extrémité de trois doigts; le col était un peu plus mou; et comme la malade perdait de plus en plus et que le danger devenait imminent, il fallait opérer avec activité: alors je cherchai à percer le placenta avec mon ongle en déchirant la masse; arrivé à la partie membraneuse, il m'a été impossible de la percer avec le secours seul de mon ongle; cependant les sueurs, les syncopes, la pâleur extrême et le découragement complet de la malade faisaient un devoir de terminer de suite l'accouchement. J'ai dirigé le long de mon doigt indicateur un petit morceau de bois préalablement taillé en pointe, et j'ai percé le placenta; une quantité considérable

d'eau s'est écoulée. La malade a été placée sur le bord de son lit; j'ai achevé de dilater le col avec mes doigts, je suis parvenu à introduire ma main dans l'utérus, et j'ai pratiqué la version en présence de M. le docteur Litardière; l'enfant à terme était mort et très-pâle.

Un quart d'heure après le placenta est sorti, il offrait la déchirure par laquelle j'avais fait passer l'enfant. La malade s'est remise; il ne s'est présenté aucun accident, seulement la convalescence de sa couche a été très-longue; elle est restée longtemps pâle, et elle a eu pendant plusieurs semaines les jambes enflées par suite de la faiblesse où l'avait jetée l'hémorrhagie très-abondante qui avait manqué lui enlever la vie.

Je me suis loué d'avoir percé le placenta, aussitôt qu'il m'a été possible de le faire, au lieu d'avoir cherché à le décoller : cette méthode eût demandé beaucoup plus de temps. Il ne m'a pas été facile de percer la partie membraneuse du placenta après avoir déchiré quelques-uns des cotylédons de cette masse charnue; certainement j'eusse rencontré bien plus de difficultés pour percer les membranes après avoir décollé le placenta soit à droite soit à gauche.

La perforation du placenta n'a pas produit une perte plus abondante, et l'obstacle que le placenta oppose alors à la sortie de l'enfant ne m'a pas paru difficile à vaincre; d'ailleurs cette observation prouverait, par son heureux résultat, l'avantage de cette dernière méthode sur l'autre, puisque la femme qui en fait le sujet a été sauvée, tandis que la femme de la précédente observation a succombé.

Relativement au seigle ergoté que j'ai employé dans le but d'obtenir une plus grande dilatation, il m'est difficile de dire jusqu'à quel point il a été utile, parce qu'en rap-

prochant les contractions nécessaires pour dilater davantage le col, il devait augmenter la perte : c'est ce qui est sans doute arrivé ; et pour bien juger la question de son opportunité, il faudrait balancer les inconvénients de la perte qu'il augmente avec les avantages de la dilatation qu'il provoque, ce qui est fort difficile en définitive. Malgré ma réussite, je suis porté à croire qu'il est peut-être plus prudent de s'en abstenir et de recourir simplement à la pommade de belladone et au tampon dont il faut surveiller de temps en temps l'action, si le col n'offre réellement ni assez de dilatation ni assez de mollesse, malgré la perte, pour qu'on puisse le dilater suffisamment pour la terminaison de l'accouchement.

4me OBSERVATION.

La femme B... fait le sujet d'une observation semblable et qui m'a fourni les mêmes résultats : cette jeune femme était enceinte pour la quatrième fois et à terme ; elle avait une hémorrhagie utérine depuis un mois ; cette perte, également survenue sans cause appréciable et sans signes avant-coureurs, était d'abord peu abondante, elle s'était arrêtée pour reparaître plus abondamment. Lorsque la sage-femme m'a fait appeler, dans la nuit du 2 au 3 mars 1841, la malade était tellement affaiblie, que les syncopes étaient rapprochées, les extrémités froides, les lèvres et le visage extrêmement pâles ; le travail de l'enfantement était commencé, mais les douleurs étaient faibles, et des flots de sang inondaient le lit. Au toucher je reconnus une implantation du placenta ; la malade était presque expirante ; le col permettait d'introduire l'extrémité de deux doigts, il était mou. Dès lors n'ayant pas un seul instant à perdre, je la fis placer sur le bord de

son lit en lui faisant tenir la tête le plus bas possible ; son pouls était à peine sensible, elle n'avait pas sa connaissance. Je fis des tentatives de dilatation ; je parvins à introduire trois doigts, puis quatre : alors, sans chercher à déchirer les lobes du placenta, je perçai tout à la fois cette masse charnue et les membranes avec un petit morceau de bois taillé en pointe et dirigé le long de mon doigt indicateur ; je n'avais pas une seconde à perdre ; on croyait à chaque instant que la malade allait mourir ; je me hâtais le plus que je pouvais. Alors, aussitôt la perforation opérée, j'introduisis la main dans l'utérus, je pratiquai de suite la version, et je retirai sans grande difficulté l'enfant à travers l'ouverture faite au placenta ; la délivrance ne tarda pas à avoir lieu ; l'enfant était mort et paraissait exsangue.

Je fis de suite placer la malade dans une position horizontale ; on ne sentait plus son pouls, seulement elle respirait, mais faiblement ; les battements du cœur étaient lents et à peine appréciables à l'auscultation. Pendant deux heures je suis resté près de la pauvre malade à lui frictionner moi-même la région du cœur, pendant que je lui faisais faire des frictions sur les membres avec des linges très-chauds. Ce n'est qu'au bout de ces deux heures que le pouls est devenu sensible, que la malade a recouvré sa connaissance et qu'elle a pu nous dire quelques mots ; alors j'ai administré quelques toniques à l'intérieur, et peu à peu ses forces se sont relevées. La convalescence a été très-longue, elle a été enrayée par des maux de tête qui ont fait beaucoup souffrir la malade pendant dix jours, et qui la faisaient crier pendant toute la durée des nuits ; cette céphalalgie très-douloureuse et opiniâtre a résisté aux préparations opiacées, et elle

n'a cédé que sous l'influence des aliments ; il est survenu un œdème des cuisses et des jambes, assez considérable pour s'élever jusques vers les régions inguinales ; des douleurs nerveuses et insupportables se sont fait pendant longtemps sentir aux jambes et aux talons ; cependant la malade s'est remise complétement. J'ai attribué ces douleurs des talons et des jambes, ainsi que la céphalalgie, à la perte considérable de sang qu'elle avait faite.

Je me crois autorisé à penser que si j'avais essayé de chercher à décoller le placenta, au lieu de le percer de suite dans son entier comme je l'ai fait, j'aurais perdu un temps précieux, et ma malade aurait succombé inévitablement, tant était grande l'anémie dans laquelle elle était déjà plongée lorsque j'ai été appelé pour lui donner des soins.

5me OBSERVATION.

Je ne puis m'empêcher de rapprocher de cette dernière observation le fait suivant. Le 9 juillet 1841, j'ai été appelé conjointement avec M. le docteur Loreau pour donner des soins à madame B..., d'une forte constitution ; elle était enceinte pour la cinquième fois et à terme. Depuis six semaines elle avait une hémorrhagie utérine qui avait débuté comme dans les cas précédents ; cette hémorrhagie n'était pas continue, mais elle devenait parfois très-abondante.

La personne qui fait le sujet de cette observation avait une profession qui l'obligeait à travailler debout ; elle était très-laborieuse et très-courageuse, et elle passait souvent les nuits à travailler, bien qu'elle eût cette perte ; c'est alors que le sang venait très-abondamment. L'absence du sommeil, les fatigues du jour, la perte considérable de

sang qu'elle avait faite, l'avaient beaucoup affaiblie; enfin elle s'était alitée parce que l'hémorrhagie était devenue foudroyante, et accompagnée de syncopes avec froid aux extrémités. Arrivé près d'elle, je reconnus une implantation du placenta. L'extrême débilité de la malade, les flots de sang qu'elle perdait encore, me firent un devoir d'essayer à faire la version le plus tôt possible; le col était peu ouvert, cependant je parvins à introduire l'extrémité des doigts enduits d'une pommade d'extrait de belladone, à le dilater suffisamment; alors j'ai percé la masse du placenta ainsi que les membranes à l'aide d'un corps piquant, comme je l'avais fait dans les cas précédents; après l'écoulement des eaux, j'ai pratiqué la version, et j'ai amené à travers l'ouverture du placenta l'enfant quiétait mort et exsangue. La délivrance a suivi de près la sortie de l'enfant. La malade a été placée dans une position horizontale; elle avait sa pleine connaissance; le pouls se soutenait, les battements du cœur avaient de la force et de la régularité; j'espérais l'avoir sauvée, mais un quart d'heure après elle a expiré, sans qu'il se soit produit ni hémorrhagie externe, ni hémorrhagie interne.

J'avoue qu'après avoir tenu compte de ce qui s'est passé chez la malade qui fait le sujet de la quatrième observation, j'ai eu lieu d'être surpris de la mort de la malade dont je viens de tracer l'histoire: car après son accouchement le pouls avait encore de la force; non-seulement elle avait sa connaissance, mais elle paraissait avoir du courage et de l'espérance; tandis que la malade de la quatrième observation est restée pendant deux heures sans connaissance, sans pouls, ayant la figure très-pâle et froide ainsi que les extrémités; cependant

elle a été sauvée, et la malade de la dernière observation a succombé. Ici je pense qu'il faut tenir compte : 1° de l'idiosyncrasie du sujet. Il y a des individus qui ne peuvent pas supporter aussi bien que d'autres des pertes abondantes de sang, quoique paraissant avoir une forte constitution; une très-minime quantité de sang suffisait à la première pour entretenir son existence, tandis que la dernière ne pouvait plus vivre avec une quantité même plus abondante de ce fluide. 2° Il faut tenir compte des effets débilitants du travail auquel la dernière malade s'était livrée constamment, malgré l'hémorrhagie qui devait nécessairement l'affaiblir. 3° Il faut aussi tenir compte de l'absence de sommeil. Ces circonstances avaient mal disposé la malade et l'avaient mise hors d'état de pouvoir supporter un semblable échec, malgré la force de sa constitution et malgré l'empressement que j'ai mis à la délivrer; si je n'ai pas réussi dans ce cas, je pense ne devoir pas l'attribuer à ce que j'ai percé le placenta au lieu de l'avoir décollé, d'autant plus que la perforation a été promptement faite, et qu'elle n'a entraîné qu'un léger écoulement de sang; je crois bien plutôt devoir attribuer cet insuccès à la triste réunion des circonstances que j'ai signalées précédemment. Du reste, la troisième et la quatrième observation parlent hautement en faveur de la perforation. On ne doit pas tenir compte de la première observation, puisque aucune méthode n'a pu être employée; la deuxième observation ne prouve pas pour le décollement. De sorte que pour la perforation il y a deux succès sur trois cas; cela peut passer pour être un beau résultat.

Pour les cas dont je viens de signaler les observations, j'ai toujours été appelé au terme de la grossesse, et à une époque où le col était assez dilaté pour permettre au moins

l'introduction d'un doigt, et me mettre à même de reconnaître l'implantation du placenta sur le col ; alors le diagnostic n'est pas douteux, et j'ai tracé la conduite à tenir.

Mais lorsque dans le cours d'une grossesse, et même dans les deux derniers mois, il survient une hémorrhagie utérine, que le col n'est pas ouvert pour permettre l'introduction du doigt, on ne peut diagnostiquer sûrement une implantation, parce que, même à la fin d'une grossesse, une hémorrhagie utérine peut survenir purement et simplement sous l'influence des causes générales des hémorrhagies. Alors on doit faire coucher la malade, la soumettre aux moyens généraux employés dans les hémorrhagies, tels que les réfrigérants à l'intérieur et à l'extérieur, les astringents, la saignée même s'il y a lieu ; puis, si l'hémorrhagie continue, on doit employer le tampon en en surveillant de temps en temps les effets ; et s'il survient assez de dilatation pour reconnaître l'implantation sur le col, on se conduit alors de manière à terminer le plus promptement possible l'accouchement.

J'ai été appelé plusieurs fois pour des femmes chez lesquelles il était survenu une hémorrhagie utérine, soit à la fin de la grossesse, soit pendant le travail de l'accouchement ; on supposait chez elles une implantation plus ou moins complète du placenta sur le col, il n'existait rien de cela. Dans tous ces cas j'ai observé que, lorsque la poche des eaux était rompue, et que les eaux étaient écoulées, l'hémorrhagie s'arrêtait, et que le travail marchait très-bien. Je cite cela pour faire remarquer combien il y aurait de danger, dans un semblable cas, à trop se presser en croyant à une implantation du placenta ; alors on se hâterait de terminer l'accouchement, et on compromettrait la vie de l'enfant, peut-être celle de la mère.

Second rapport sur une expertise médico-légale faite à Couhé dans les premiers jours de septembre 1841. — Par MM. Malas, Hastron, d.-m. à Couhé; Dupont, ph. à Couhé, et Malapert, ph. à Poitiers.

Nous, soussignés, etc...

Le vase contenant le tube digestif et les autres matières extraites du cadavre de René Maugenay nous a été remis par M. le juge d'instruction, etc.

Nous avons cru devoir constater la pureté des réactifs propres à nous faire retrouver dans les matières suspectes une préparation arsenicale, indiquée par les trois premiers experts comme devant y exister.

1° Dans un vase à deux tubulures on a versé de l'eau distillée, du zinc et de l'acide sulfurique; l'hydrogène dégagé a été enflammé, à sa sortie du tube qui complétait l'appareil, et la flamme reçue sur plusieurs soucoupes de porcelaine n'y a produit aucune tache, même au bout d'un temps assez long, pour nous convaincre que ces réactifs ne contenaient aucune préparation arsenicale. On a ensuite introduit dans ce même appareil, et sans le démonter, un gramme environ d'un soluté de cinq centigrammes d'arséniate de soude dans trente grammes d'eau distillée, et cinq minutes n'étaient pas encore écoulées que déjà des taches arsenicales s'étaient déposées sur les plaques de porcelaine. On a obtenu un grand nombre de ces taches en continuant l'opération pendant un certain temps.

2° Pour essayer d'autres réactifs, nous avons mis dans un matras à long col de l'acide chlorhydrique, du peroxide de manganèse; d'autre part, de l'acide sulfurique, du zinc essayé et de l'eau distillée dans un flacon à deux tubulures. Ce dernier vase ainsi que les matras communi-

quaient, au moyen de tubes, à un flacon de 0,5 litres contenant soixante grammes d'eau distillée ; de ce dernier vase partait un troisième tube dont l'extrémité plongeait dans un autre flacon contenant quinze grammes d'eau distillée, et qui terminait l'appareil. Le tout ainsi disposé, on a fait chauffer par degrés le matras ; le chlore qui s'en dégageait se rencontrait dans le flacon de 0,50 litres avec l'hydrogène qui se dégageait du flacon tubulé. L'opération a été conduite pendant trois heures. L'eau contenue dans les flacons condensateur et terminal a été placée dans une capsule de porcelaine, chauffée jusqu'à l'ébullition pour chasser le chlore, refroidie et mise dans un appareil de Marsh; elle ne nous a pas donné de taches métalliques.

3° Un nouvel examen du tube digestif nous a fait découvrir encore quatre ou cinq parcelles de la poudre d'un blanc jaunâtre dont il a été parlé dans le précédent rapport. Cette matière a été broyée dans un verre de montre avec du carbonate de potasse et du charbon ; le mélange, bien desséché, a été introduit dans un petit tube de verre fermé à l'un de ses bouts, et dont l'autre extrémité a été tirée en pointe à la lampe. On a fait chauffer le mélange jusqu'au rouge ; il s'est alors formé au-dessus de la portion rougie une incrustation métallique miroitante d'un gris d'acier. Le tube a été coupé et fermé à la lampe à ses deux extrémités, et remis à M. le juge d'instruction, pour servir de pièce de conviction sous la dénomination de *tube n°* 1. Une autre très-petite parcelle de la même matière provenant de l'intestin a été mise sur un charbon incandescent; il s'est produit une vapeur d'odeur alliacée.

4° La cinquième partie du décocté des matières vomies, qui, dans les opérations des 3 et 4 de ce mois,

avait été évaporée jusqu'à siccité, a été par nous placée sur le feu dans la même capsule où l'évaporation avait été opérée, additionnée d'acide azotique pur, chauffée jusqu'à la carbonisation, qui s'est opérée sans incandescence : il en est résulté un charbon friable qui a été broyé, délayé dans l'eau distillée, chauffé jusqu'à l'ébullition, refroidi, puis introduit dans un appareil de Marsh avec les réactifs précédemment essayés. Au bout de quelques minutes, la flamme dirigée sur des soucoupes de porcelaine nous a fourni une multitude de taches arsenicales. (Nous avons pu écrire sur l'une des soucoupes le mot abrégé : vomissement.) Les deux soucoupes, que nous avons renversées l'une sur l'autre, et dont nous avons luté les bords ensemble, ont été remises à M. le juge d'instruction et étiquetées : soucoupes n° 1. Nous devons faire observer qu'au moment où nous avons arrêté l'opération il se dégageait encore de l'hydrogène arsenié.

5° La moitié environ du tube digestif a été placée dans une capsule de porcelaine propre, additionnée d'environ la sixième partie de son poids d'acide sulfurique ; la capsule a été placée sur le feu et chauffée jusqu'à ce que la matière, étant dissoute, ait eu pris un aspect noir et la consistance d'un sirop. Cette matière a été divisée en deux portions, A et B. La portion A a été introduite dans l'appareil décrit n° 2 : le dégagement des gaz a été prolongé pendant trois heures ; l'appareil démonté, le liquide contenu dans les flacons condensateur et terminal a été mêlé, chauffé dans une capsule pour en chasser le chlore ; une partie de ce liquide placée dans un verre à expérience a été soumise à un courant d'acide sulfhydrique pendant une heure environ, sans qu'il s'y soit manifesté de coloration. Attendu l'heure avancée (deux heures après minuit),

nous avons renvoyé la suite de nos expériences à sept heures du matin. Nous avons ajouté alors quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et deux heures après cette addition, le liquide avait pris une couleur jaune. Nous l'avons abandonné jusqu'au soir; et comme, dans l'intervalle, nous avons fait des expériences que nous allons décrire, et qui ont suffi pour former notre conviction, nous l'avons négligé. L'autre partie du liquide A a été placée dans un appareil de Marsh, additionnée de zinc et d'acide chlorhydrique *non essayé* (1) : au bout de quelques instants nous avons obtenu sur une capsule de porcelaine *un très-grand nombre de taches;* mais, dans la crainte que le nouvel acide employé ne fût lui-même arsenical, nous en avons mis dans un appareil de Marsh avec de l'eau

(1) Cet acide provenait du même vase que celui que nous avions reconnu exempt d'arsenic; mais c'était le reste, et *il était trouble.* C'est cet état qui nous fit réfléchir sur le degré de confiance que nous devions lui accorder.

L'un de nous, bien convaincu par l'expérience qu'il existe dans le commerce de l'acide chlorhydrique arsenical, pensa qu'il pouvait se trouver dans le même acide quelques corps capables de former avec l'arsenic des combinaisons insolubles, particulièrement de l'acide sulfhydrique, peut-être du fer, etc. Cette réflexion suffit pour nous déterminer à essayer de nouveau ce qui nous restait de celui que nous avions employé.

Nous signalons ce fait, dont chacun pourra tirer les conséquences de rigueur.

Nous aurions désiré chercher à reconnaître dans quelle combinaison l'arsenic se trouvait engagé dans le précipité dont il s'agit, mais il ne nous restait plus d'acide trouble. Nous tâcherons de nous procurer pareil dépôt pour l'examiner; mais comme l'occasion peut s'en présenter rarement, il serait à désirer que les chimistes qui sont à même de se procurer des échantillons d'acide chlorhydrique de différentes fabriques s'occupassent aussi de cette recherche dans l'intérêt de la science et de la justice.

distillée et du zinc pur, sans matières suspectes : au bout de dix minutes nous avons obtenu quelques taches légères qui ne *représentaient point la vingtième partie de celles obtenues d'abord.* Néanmoins leur présence a suffi pour nous empêcher de rien préjuger de cette expérience.

La portion B, conservée dans la capsule de la veille, a été replacée sur le feu, et chauffée jusqu'à ce que la matière fût devenue presque friable. Nous y avons ajouté alors une petite quantité d'acide azotique pur, et avons continué de faire chauffer jusqu'à ce qu'il ne se dégageât plus de vapeur de cet acide. Le résidu, délayé dans l'eau distillée avec laquelle on l'a fait chauffer, a été abandonné ensuite au refroidissement, pour être traité comme il suit :

Nous avons placé dans un flacon d'environ quatre litres de l'eau distillée, de l'acide sulfurique et du zinc, tous préalablement essayés, auquel, et à l'aide d'un bouchon, nous avons adapté un tube droit, large, qui plongeait presque jusqu'au fond, et un autre petit tube courbé à angle droit qui communiquait, à l'aide d'un bouchon, à un autre plus large, long de dix centimètres, contenant de l'amiante. A ce dernier tube nous en avons adapté un autre long d'un mètre et de 0,005 mètres de diamètre intérieur, effilé à son extrémité en pointe capillaire, garni vers le tiers de sa longueur d'une feuille de cuivre jaune de seize à dix-huit centimètres de long, roulée autour et maintenue à l'aide de fil de fer ; un fourneau placé au-dessous de la partie couverte du tube a été rempli de charbon incandescent. Lorsque cette portion du tube a eu pris la couleur rouge-brun, nous avons introduit dans le flacon, par le tube droit, toute la matière suspecte ; quelques instants après, nous avons observé qu'à 0,02 mètres environ de la partie chauffée du tube il se dépo-

sait une matière d'un gris-noirâtre qui n'a pas tardé à recouvrir complétement une étendue de cinq centimètres au moins, et à prendre l'éclat métallique, lequel n'a fait qu'augmenter pendant tout le cours de l'opération, qui a duré environ deux heures.

Pendant cette opération nous avons tenu enflammé le gaz qui se dégageait par l'extrémité effilée du tube, et à l'aide de cette combustion nous avons pu recueillir sur une assiette et sur deux soucoupes de porcelaine un grand nombre de taches métalliques miroitantes, surtout en ralentissant le feu du fourneau.

Les taches recueillies sur l'assiette ont été dissoutes dans l'acide azotique pur concentré ; la dissolution, évaporée à siccité, a été traitée par deux gouttes de soluté d'azotate d'argent : à l'instant même il s'est produit une coloration en rouge briqueté, et presque immédiatement un précipité de la même couleur a pris naissance.

Les deux soucoupes, renversées l'une sur l'autre, lutées avec une bande de papier encollé, ont été remises à M. le juge d'instruction, qui les a fait étiqueter : soucoupes n° 2.

L'opération terminée, l'appareil a été démonté, le tube a été coupé et fermé à la lampe un peu au delà des deux extrémités de l'anneau métallique. Cette portion du tube ainsi détachée a été déposée entre les mains de M. le juge d'instruction, pour servir de pièce de conviction sous la dénomination de tube n° 2.

6° L'autre moitié du tube digestif a été soumise à une ébullition de deux heures, dans une chaudière de fonte propre, avec de l'eau distillée et environ 0,40 grammes de potasse à l'alcool. Un verre environ de ce décocté a été filtré, placé dans une capsule de porcelaine, évaporé à

siccité, additionné d'acide azotique, chauffé jusqu'à la carbonisation. Ce phénomène a eu lieu avec incandescence sans flamme. Le charbon friable qui en est résulté a été broyé dans la capsule même et délayé dans l'eau : le mélange chauffé jusqu'à l'ébullition, placé, sans être filtré, dans un petit appareil de Marsh préalablement essayé, nous n'avons pu obtenir aucune tache.

La chaudière qui contenait le reste du tube digestif et du bouillon a été replacée sur le feu, et chauffée jusqu'à évaporation presque complète du liquide : nous avons renfermé ce résidu dans un pot de grès que nous avons fermé avec un bouchon de linge ; nous l'avons recouvert de papier que nous avons fixé avec une corde. Ce vase a été remis entre les mains de M. le juge d'instruction, pour faire vérifier nos expériences, s'il en était besoin.

De tout ce qui précède, nous, experts soussignés, sommes, à l'unanimité, forcés de conclure que le tube digestif extrait du cadavre de René Maugenay contenait de l'arsenic en quantité qui nous a paru plus que suffisante pour causer la mort ;

Que les matières recueillies dans un chaudron, et qu'on nous a dit provenir de vomissements de René Maugenay, contenaient une quantité notable d'arsenic ;

Que si, dans l'opération n° 6, nous n'avons pas retiré d'arsenic, c'est que ce métal aura probablement été réduit pendant l'incandescence qui a eu lieu.

En foi de quoi, etc...

A. Malas, d.-m. ; Hastron, d.-m. ; Dupont, ph. ; Malapert, ph.

Dans la séance du mois de juin 1842, M. Malapert,

pharmacien, a annoncé à la Société qu'il avait retiré le principe actif de la nielle des blés (*lychnis githago*) ; il a reconnu que ce principe, dont il a montré un échantillon à la Société, n'est que de la saponine.

M. le docteur Bonnet et M. Malapert ont fait avaler un gramme de cette saponine à un poulet ; l'animal est mort au bout d'une heure. Un autre poulet auquel ils ont fait avaler de la racine de saponaire pulvérisée est mort aussi.

Le prochain numéro du Bulletin contiendra le détail des expériences qui seront faites sur la nielle par une commission de la Société.

En attendant, nous engageons les cultivateurs à bien enlever cette graine de leur blé.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Mémoire sur les fractures de la colonne vertébrale, par M. *Gaillard.* 1

Clinique de l'Hôtel-Dieu de Poitiers (1er trimestre 1841), par M. *Gaillard.* 13

Sphacèle du pied gauche, amputation, par M. *Chévrier.* 24

Note sur la thérapeutique du croup, observations, trachéotomie suivie de succès, par M. *Bonnet.* 27

Fracture du crâne, avec perte de substance du cerveau, par M. *Jules Piorry.* 73

Emploi de l'opium à haute dose contre la chorée et le delirium tremens, par M. *Reverdit.* 82

Observation de pleurite, par M. *Iszenard.* 103

Méningite aiguë, frictions mercurielles, par M. *Jolly.* 106

Névralgie simulant une fièvre pernicieuse, par M. *Bonneau.* 114

Observations de méningite, par M. *Litardière.* 116

Hydro-pneumo-thorax consécutif à une phthisie, par M. *Brossard.* 121

Épilepsie traitée par le sulfate de quinine à haute dose, par M. *Quotard.* 130

Traitement des hydropisies consécutives aux fièvres intermittentes, par M. *Dassit.* 135

Épidémie de variole observée à l'Hôtel-Dieu, par M. *Brossard.* 148

Implantation du placenta sur le col, réflexions, par M. *Pingault* fils. 160

Expertise médico-légale faite à Couhé, par MM. *Hastron*, *Malas*, docteurs en médecine; *Dupont* et *Malapert*, pharmaciens. 176

Note sur le principe actif de la nielle des blés, par M. *Malapert.* 182

POITIERS. — IMP. DE F.-A. SAURIN.

Lith. de Pichot, à Poitiers

PIED-BOT OPERÉ PAR LA SECTION DU TENDON D'ACHILLE.

N° 2. Un mois après la Section du tendon

N° 1. Avant l'operation.